

SPRECHVERHALTEN UND THEMATISIERUNG VON KRANKHEITSINFORMATION
IM RAHMEN VON STATIONSVISITEN.

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUR
ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG IM KRANKENHAUS

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Dr.med. MONIKA BEGEMANN-DEPPE
aus Baden-Baden

Marburg 1978



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545301_0011

SPRECHVERHALTEN UND THEMATISIERUNG VON KRANKHEITSINFORMATION
IM RAHMEN VON STATIONSVISITEN.

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUR
ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG IM KRANKENHAUS

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg i.Br.

vorgelegt von

Dr.med. MONIKA BEGEMANN-DEPPE
aus Baden-Baden

Marburg 1978



Referent: Prof. Dr. H. Popitz
Korreferent: Prof. Dr. J. Cremerius
Sprecher: Prof. Dr. W. Mauser
Tag der Promotion: 30. Juni 1978

0	Vorwort	6
1.	Einleitung	9
1.1.1.	Zur Fragestellung der Arbeit	9
1.1.2.	Die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Gegenstand medizinsoziologischer Forschung	11
1.2.1.	Psychiatrische Familienforschung als Paradigma für die Analyse von Inter- aktionen in Abhängigkeitsbeziehungen	14
1.2.2.	Zur Struktur der Abhängigkeit inner- halb der Familie	17
1.2.3.	Weil-Motive und Um-zu-Motive	20
1.2.4.	Konsequenzen für einen methodischen Zugang zum Problemgegenstand	24
1.3.	Zur Struktur der Abhängigkeit zwischen Arzt und Patient	29
1.4.1.	Krankheitsinformation als Gegenstand von Aushandlungsprozessen zwischen Arzt und Patient	38
1.4.2.	Zur Produktion krankheitsrelevanter Inhalte im Rahmen des Krankenhauses	38
1.4.3.	Die Aufklärungspflicht des Arztes	40
1.4.4.	Die Diskontinuität zwischen dem Informationsverhalten von Ärzten und dem Informationsbedürfnis von Patienten	41
1.4.5.	Die strategische Bedeutung von Krankheitsinformation in der Beziehung zwischen Arzt und Patient	43
2.	Untersuchungsgang und Methode	47
2.1.	Der Gegenstand der Untersuchung	47
2.2.	Die Krankenhäuser, die Stationen, die Patienten und das Personal	48
2.3.	Die Untersuchungssituation	54

2.4.	Die Aufbereitung des Tonbandmaterials	54
2.5.	Die Auswertung der schriftlichen Protokolle	55
3.	Ergebnisse	
3.1.	Formale Charakteristik der Personal-Patient-Kontakte	59
3.1.1.	Der Personal-Patient-Kontakt als übergeordnete analytische Einheit	59
3.1.2.	Anteil der Sprecher an der Gesamtredeaktivität	61
3.1.3.	"Zweigleisigkeit" als typisches Merkmal des Gesprächsverlaufs	62
3.1.4.	Wie sich die Sprechaktivitäten der Beteiligten aufeinander bezogen	64
3.1.5.	Zusammenhänge zwischen Stationsmilieu, Alter, Prognose, Schweregrad der Erkrankung der Patienten und formalen Eigenschaften der Kommunikation	67
3.2.	Inhaltliche Charakteristik der Personal-Patient-Kontakte	71
3.2.1.	Exemplarische Definition der kontextbezogenen Kategorien	71
3.2.2.	Ergebnisse der quantitativen Auswertung nach kontextbezogenen Kategorien	73
3.2.3.	Ergebnisse der Auswertung nach kontextbezogenen u n d inhaltlichen Kategorien	75
3.2.4.	Charakterisierung der Dynamik der Gesprächssituation über eine Auswertung nach kontextbezogenen Kategorien	80
3.2.5.	Initiative, reaktive und implizite In- formation als Indikatoren für die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Patient	82
3.2.5.1.	Initiative Information	83
3.2.5.2.	Reaktive Information	86
3.2.5.3.	Implizite Information	93

3.3.	Eine Einzelfalldarstellung	98
3.3.1.	Das Material	99
3.3.1.1.	Die Patientin	99
3.3.1.2.	Erster aufgezeichneter Personal-Patient-Kontakt (I), zweiter Aufenthaltstag der Patientin	100
3.3.1.3.	Zweiter aufgezeichneter Personal-Patient-Kontakt (II), dritter Aufenthaltstag der Patientin	101
3.3.1.4.	Das Interview, neunter Aufenthaltstag der Patientin	104
3.3.2.	Auswertung der Personal-Patient-Kontakte nach formalen und inhaltlichen Kriterien	105
3.3.3.	Strukturelle Probleme in der Interaktion	106
3.3.3.1.	Die Sprache des Arztes ist nicht die Sprache des Patienten	107
3.3.3.2.	Widersprüchliche Informationen kann der Patient ohne Unterstützung nicht auflösen	108
3.3.3.3.	Der Patient hat sich den Interaktionsbedürfnissen des Personals unterzuordnen	108
3.3.3.4.	Bei Personalkonflikten ist der Patient nur ein hilfloser Zuschauer	109
3.3.3.5.	Beziehungsprobleme werden als solche weder wahrgenommen noch versprachlicht	110
3.3.3.6.	Der Patient muss sich die Wirklichkeit des Krankenhauses aneignen	110

4.	Interpretation der Ergebnisse und Diskussion	112
4.1.	Einengung	114
4.2.	Passivierung	115
4.3.	Fixierung	117
4.4.	Regrassivierung	119
5.4.	Abschliessende Diskussion	125
5.	Zusammenfassung	129
	Literaturverzeichnis	130
	Lebenslauf	142

V o r w o r t

Die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft 1972 - 74 geförderte Studie "Medizinsoziologische Strukturforschung im Krankenhausbereich" (Projekt En 17/8, Projektleiter Prof. Dr. H. Enke, Ulm/Stuttgart) schaffte die Voraussetzungen für die Durchführung dieser Untersuchung.

Prof. Dr. J. Siegrist leitete das Teilprojekt "Arbeit und Interaktion im Krankenhaus", innerhalb dessen die empirischen Materialien zusammengetragen wurden.

Herrn Prof. Siegrist, mit dem mich bereits in den ersten Studiensemestern in Freiburg eine intensive Arbeitsbeziehung verband, und an dessen Institut in Marburg ich von 1974 bis 1976 als wissenschaftliche Assistentin mitarbeitete, verdanke ich zahlreiche Anregungen und vielfältige Hinweise sowie persönliche Ermutigung bei der Konzipierung der Arbeit. Ihm gebührt an erster Stelle Erwähnung und Dank. Herrn Prof. H. Popitz, Leiter des Soziologischen Instituts in Freiburg, danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Dr. H.H. Raspe, der einen Grossteil der hier berücksichtigten Materialien sammelte und zur Auswertung bereitstellte, danke ich für wesentliche und prägende Diskussionen.

Herr Dr. H. Peter, Marburg, half bei statistischen Problemen; Herr cand.med. W. Eggert zeichnete die Abbildungen. Auch ihnen sei an dieser Stelle gedankt.

Frau Lore Schmidt, Marburg, besorgte die Herstellung und Gestaltung des Manuskripts. Änderungswünschen und immer wieder von mir an sie herangetragenen Bitten um Neufassungen kam sie mit grosser Geduld und Gelassenheit nach. Ihr fühle ich mich besonders im Rückblick auf die letzte Phase der Fertigstellung der Arbeit, die eingebettet in praktisch-klinische Tätigkeit oft am Rande mitlief, dankbar verpflichtet.

Die Studie hätte nicht realisiert werden können ohne das Einverständnis und die spontane Kooperationsbereitschaft von Patienten, Ärzten und Schwestern. Ich hoffe, das damit verbundene Vertrauen in die Redlichkeit und Integrität des Untersuchers nachträglich zu rechtfertigen, auch wenn diese Arbeit eine kritische Position zu der alltäglich praktizierten Beziehung zwischen Personal und Kranken einnimmt.

Nicht zuletzt konnte die Arbeit zu Ende geführt werden, weil ich von seiten meiner Familie immer wieder Ermutigung und Zuspruch erfuhr, auch in Phasen, in denen Überdruß und Lustlosigkeit das ganze Unterfangen fragwürdig und zwecklos erscheinen liessen. Herbert Begemann, der ohne zu treiben mit Geduld und Verlässlichkeit die Sinnhaftigkeit der Arbeit durch nie unterbrochene Anteilnahme und konstantes Interesse verteidigte, ist diese Arbeit gewidmet.

"Es ist auch nicht wahr, es ist ein unwahrer Idealismus, dass der Arzt sich für den Kranken opfern solle; er kann es nicht, und er tut es auch nicht. Auch er, der Arzt muss bestehen. Aber der Kranke auch, und die Krankheit ist nur auch eine Weise seines Menschseins - kein Naturvorgang."

(V. von WEIZSÄCKER 1947)

1. Einleitung

1.1.1. Zur Fragestellung der Arbeit

Gegenstand der folgenden Untersuchung sind die sprachlichen Transaktionen zwischen Arzt, Pflegepersonal und Patient im Rahmen alltäglicher internistischer und chirurgischer Stationsvisiten.

Aus dem explorativen Stadium, in dem sich die Arbeit zum Zeitpunkt ihrer empirischen Realisierung noch befand, ergaben sich mehrere Konsequenzen für die Anlage der Datenerhebung: Sie stellt eine Verbindung dar zwischen Feldforschung, Exploration über Interviews und unmittelbarer Tonbanddokumentation spontaner Interaktion. Das Feld wird beschrieben und die Ergebnisse der Interviews werden soweit berücksichtigt und dargestellt, als sie klärend sind für die Konfigurierung direkter Interaktion im Rahmen der Visite.

Das Konzept dieser Arbeit kann in mehrfacher Hinsicht nur einem vorläufigen Anspruch genügen: Empirisches Material von Visiten aus deutschen Akutkrankenhäusern, das zu ähnlichen Untersuchungen herangezogen und in Veröffentlichungen beschrieben wurde, ist bis zum heutigen Tage noch rar. Ebenso hat der methodische Zugang, der im Rahmen dieser Arbeit entwickelt wird, bisher auf einen medizinsoziologischen Problemgegenstand keine Anwendung und Übertragung erfahren. Mehrere, aus heterogenen Forschungsansätzen stammende Methoden und Ergebnisse scheinen mir für eine solche Untersuchung fruchtbar und auf den Gegenstand unmittelbar oder modifiziert übertragbar. Sie werden im Folgenden, jeweils bezogen auf das Problem, dargestellt. Nicht zuletzt kommen durch die Vielfalt der Determinierungen, die sich in institutionalisierten Beziehungen realisiert, eine solche Fülle von Zusatzproblemen mit ins Spiel, dass eine gewisse Einseitigkeit und Begrenzung des analytischen Ansatzes - schon im Interesse der Stringenz

der Argumentation - unumgänglich erscheint. Diesen Schwierigkeiten soll dadurch begegnet werden, dass der Darstellung der Ergebnisse eine ausführliche Explikation inhaltlicher, methodischer und methodologischer Probleme vorangestellt wird.

Die Analyse von Sprechsituationen im Krankenhaus hat zu berücksichtigen, dass die sprachlichen Interaktionen von den Beteiligten spontan, das heisst ohne Rückgriff auf explizite Normen und Regeln ausgestaltet wird (Anm.1), zugleich aber mitzudenken, dass diese "spontane" Realisierung sprachlichen Austauschs über stabile, überindividuell auffindbare Muster erfolgt, die sich hinter dem Rücken der Handelnden durchsetzen.

Es geht demnach darum, die empirische Vielfalt zu reduzieren und das Ausmass der Institutionalisierung klarzustellen; in diesem Anspruch versteht sich die Arbeit als ein soziologischer Beitrag zur Arzt-Patient-Beziehung. Darüber hinaus soll versucht werden, die Strukturen auf ihre Funktion hin zu befragen, wobei ein Rückgriff auf dynamische Verstehensansätze unverzichtbar ist.

Anm.1: Eine typische Sprechsituation, die expliziter Normierung unterliegt, ist im Gegensatz zur Visitsituation die psychoanalytische Situation. Hier ist Sprechen normativ geleitet: durch die Forderung, unter Einhaltung der Grundregel frei zu assoziieren, auf seiten des Pat.; durch das Gebot, dem Pat. durch Zurückhaltung und Schweigen einen Raum zu eröffnen, innerhalb dessen er sich erfahren kann, auf seiten des Arztes. "Am Schweigen begreift der Pat., in welchem Umfang die Aufforderung, sich mitzuteilen, gemeint war. Er lernt, dass hier etwas anderes gemeint ist als die übliche Bitte um Information, die der Arzt dann bald durch Fragen, Äusserungen bestimmter Richtungen seines Interesses etc. unterbricht, um in ein Wechselgespräch einzutreten... Schweigen schafft somit zusammen mit den anderen Bedingungen wie Liegen usw. eine wahrhaft offene Situation. Ihr gegenüber versagen die konventionellen Spielregeln, muß der Pat. eine neue Einstellung gewinnen, ein eigenes Verhalten finden" (CREMERIUS 1969, 94, zit. nach JAPPE 1971, 4). - Diese Vorabstrukturierung fordert und ermöglicht Spontaneität erst auf einer zweiten Ebene.

1.1.2. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Gegenstand medizinsoziologischer Forschung

Die Aufzeichnung von Tonbandprotokollen sprachlicher Kontakte zwischen Arzt und Patient zur Überprüfung klinischer und theoretischer Fragestellungen ist innerhalb der Medizin dort schon seit langem etabliert (Anm. 2), wo sprachlichen Prozessen real und vom therapeutischen Selbstverständnis her eine klare Priorität zukommt; im psychotherapeutischen, psychoanalytischen und familientherapeutischen setting.

Nicht so in den traditionellen klinischen Fächern: hier sind Diagnostik und Therapie im Zuge der fortschreitenden Entwicklung objektivierender Untersuchungstechniken und Behandlungsmethoden - zumindest ihrem Selbstverständnis nach - zunehmend weniger auf sprachliches Verständigtsein mit dem Patienten und dessen subjektiven Mitteilungen angewiesen. Standardisierte Verfahren der Anamneseerhebung verdrängen auch in dem Bereich, wo es um das Erfahren von Krankheitsursachen und -entstehung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen geht, immer mehr das Gespräch zwischen Arzt und Patient, dem die Internisten "alter Schule" noch eine so grosse Bedeutung beimessen (WEIZSÄCKER 1943, 1951, PLÜGGE 1967).

Die Relevanz, die im klinischen Alltag sprachlichen Transaktionen zugemessen wird, ist allenfalls noch sekundär, da sie hinter die Erhebung und Interpretation "objektiver" Daten zurücktritt. Ein Interesse an der Analyse sprachlicher Prozesse in diesen Feldern hat in den letzten Jahren - quasi von aussen kommend und ein

Anm. 2: Nach KÄCHELE u.a. (1974) wurden 1933 erstmalig Tonbandaufzeichnungen psychotherapeutischer Sitzungen initiiert. Die Handhabung dieses Forschungsinstrumentes und die Auseinandersetzung um die Legitimität eines solchen Verfahrens haben demnach in der Psychotherapieforschung inzwischen eine jahrzehntelange Tradition.

diffuses Unbehagen, das die Beziehung zwischen Arzt und Patient zunehmend umgibt, aufgreifend - die Medizinsoziologie angemeldet. Ein Zweig dieser Disziplin nahm sich der Fragestellung an, wie sich innerhalb des direkten sprachlichen Kontaktes zwischen Ärzten und Patienten die Thematisierung krankheitsrelevanter Inhalte gestaltet, wie Patienten oder deren Angehörige über ihre Krankheit informiert werden.

Über eine Deskription dessen hinaus, was der Patient in der Regel von seinem Arzt über die Krankheit und deren Zusammenhänge und Folgen erfährt, erfolgt eine Analyse der strukturellen Bedingungen sprachlicher Verständigung: so einerseits soziolinguistischer und schichtspezifischer Aspekte (PRATT u.a. 1957, READER u.a. 1957, CARTWRIGHT 1964, FERBER, L.v. 1971, 1974), der ärztlichen Einstellungen und Verhaltensregelmässigkeiten bezüglich des Problems der Weitergabe von Krankheitsinformation (McINTOSH 1974, WAITZKIN/STOECKLE 1976), Fragen des zeitlichen Aufwandes, der in verschiedenen therapeutischen Milieus betrieben wird (BERGMAN u.a. 1966, PARRISH u.a. 1967) und der thematisierten Informationsinhalte (PRATT u.a. 1957, READER u.a. 1957, LEY u.a. 1965, JOYCE u.a. 1969). Daneben wurde über Interviews das Informationsbedürfnis der Patienten sowie über Folgeinterviews die Zufriedenheit oder das Missbehagen, das sich in der Folge dieser Kontakte einstellte, erfragt (SKIPPER/LEONHARD 1965, FRANCIS 1967, KORSCH u.a. 1968, JACOBS 1971, WAITZKIN/STOECKLE 1976); ebenso das bestehende Krankheitswissen (PRATT, L. 1956, SELIGMANN u.a. 1957, SAMORA u.a. 1962), das Ausmass des Zugewinns an Krankheitswissen (LEY u.a. 1965, RECORDON 1972) sowie die Bereitschaft, die ärztlichen Anweisungen und Ratschläge auch tatsächlich zu befolgen (DAVIS 1968).

Sprachmaterialien als Substrat der Untersuchung stehen demnach einer Vielzahl analytischer Fragestellungen offen, die sich nicht zuletzt darin unterscheiden, in welcher Nähe oder Ferne zum Material selbst sie argumentieren. Annahmen und Hypothesen als theoretischer Hintergrund und der konkrete Erfahrungsbereich liegen in den zitierten Arbeiten oft weit auseinander. In dieser Arbeit soll versucht werden, so dicht am Material wie möglich und mit nur sparsamsten Abstraktionen das Aufeinander-Bezogen-Sein von Arzt und Patient in der geteilten Situation der Visite zu beschreiben.

Im Rahmen der Untersuchung wird zunächst nur unterstellt, dass Arzt und Patient eine wechselseitige Beziehung eingehen, und dass sich durch die Begegnung beider ein zentrales Problem wie ein roter Faden zieht: die Krankheit des Patienten, die jenseits praktischer Eingriffe auch auf sprachlicher Ebene thematisiert wird.

Die soziale Situation selbst soll dabei immer im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Es wird weniger um die Folgen, etwa im Sinne einer Einstellungsänderung oder eines Wissenszuwachses beim Patienten gehen, noch um explizite Überlegungen zu den strukturellen Bedingungen der Beziehung, beispielsweise eines Aufzeigens vorhandener Sprachbarrieren und deren Implikationen für eine sprachliche Ausgestaltung der Situation. Viel eher wird es darum gehen, die von der Situation selbst hervorgebrachten Konflikte und die Dynamik, die in ihr wirksam wird, zu untersuchen.

Der Wissenschaftszweig, der am weitesten entwickelt erscheint in der Beschreibung von Beziehungen und der Klärung von Problemen der Interaktion, ist meines Erachtens die psychiatrische Familienforschung,

auf die ich mich im Folgenden in wesentlichen Teilen beziehen und stützen werde und die in einem kurzen Abriss, und nur soweit sie in unserem Zusammenhang relevant ist, zunächst dargestellt wird.

1.2.1. Psychiatrische Familienforschung als Paradigma für die Analyse von Interaktionen in Abhängigkeitsbeziehungen

Nach KISKER (1962) geht die psychiatrische Familienforschung auf mehrere Quellen zurück. Sie wurde initiiert "durch die Bemerkungen FREUD's zur Schizophrenie, durch die therapeutischen Versuche angloamerikanischer Analytiker, durch vielfache Bemühungen, die zwischenmenschlichen Beziehungen im psychiatrischen Krankenhaus therapeutisch zu reformieren." - Ebenso heterogen wie ihre Entstehungsbedingungen sind auch heute noch ihre theoretischen Ansätze: "Von der Analyse von Persönlichkeitsvariablen der einzelnen Familienmitglieder über systemanalytische Beschreibungen oder psychoanalytische Erklärungen von familialen Interaktionen bis hin zu Versuchen einer Kennzeichnung der Regelstruktur in der Familie finden sich viele Varianten von Forschungsansätzen." (KREPPNER 1972)

Aufgrund der Heterogenität und Vielgestaltigkeit der Konzepte scheint es einerseits sehr attraktiv und lohnend, einzelne Bruchstücke aus der Menge von Methoden und Ergebnissen herauszulösen, und eine Übertragung auf andere soziale Beziehungssysteme zu versuchen. - Andererseits entsteht gerade hierdurch die grosse Schwierigkeit, nicht über Diskontinuitäten, die diesem Forschungsansatz inhärent sind, hinwegzutäuschen und so zu tun, als stünde uns ein stringentes Theoriegefüge gegenüber, das seinerseits nur noch einer Übertragung und geringgradiger Modifizierung für die Analyse anderer Problemgegenstände bedürfe.

Wenn im Folgenden dennoch versucht wird, eine bestimmte Linie innerhalb der Familienforschung herauszuarbeiten und in Kürze darzustellen, dann deshalb, weil ein Teil dieser Forschungen - wie mir scheint - am ehesten dem Anspruch genügt, konkrete Situationen in ihrer Dynamik zu verstehen, indem Handeln nicht nur auf die verursachenden Faktoren hin interpretiert wird, sondern auch und darüber hinaus auf Faktoren und Motive, die in der Handlungssituation selbst aktuell und wirksam werden (Anm. 3). Hiermit steht uns ein methodisches und begriffliches Repertoire zur Verfügung, über das es möglich wird, subtile Deskription zu betreiben, das "beobachtbare Unbemerkte" innerhalb von Beziehungen (KAUFMANN 1969) ins Bewusstsein zu heben und einem Verstehen zuzuführen.

Das wesentliche Moment, das die Familienforschung auf den Weg gebracht hat, war die Einsicht, dass das gestörte Verhalten und die Symptome eines Familienmitgliedes - in der Regel eines Kindes - keinen "eigengesetzlichen Ablauf" zeigen, sondern eine "Wandlungsfähigkeit ihrer Form und Intensität, die in irgendeiner Abhängigkeit vom Kontext steht, in der der Kranke lebt" (KAUFMANN 1972). Verhalten wird innerhalb dieses interaktionistischen Ansatzes nie als nur individuelles Verhalten verstanden, sondern immer als formender und geformter Teil des Kontextes,

Anm.3: Zwei grosse Probleme, vor denen die Familienforschung steht, werden vorab ausgeklammert: 1. das Problem der Pathogenese schizophrener Psychosen; es ist nicht unser Interesse zu zeigen, welche Vorstellungen über den Zusammenhang bestimmter Kommunikationsformen und Krankheitsentstehung bestehen. 2. sind wir ebenso wenig daran interessiert, welche therapeutischen Konsequenzen auf der Basis dieses Konzeptes entwickelt wurden.

in dem es manifest wird; dies gilt ganz besonders auch für sprachliches Verhalten.

Aus dem Ursprung dieses Konzepts, der in klinischer Arbeit mit schizophrenen Patienten lag, geht folgerichtig hervor, dass die typischen Beziehungskonfigurationen innerhalb des gestörten Familiengefüges als pathologische Verhaltensmuster, als "Störungen", klassifiziert wurden: hier ist gedacht an Begriffe wie Doublebind (BATESON et al 1969), Pseudogemeinschaft, Pseudofeindschaft, Gummizaun und Nicht-gemeinsame Komplementarität (WYNNE et al 1969), Mystifizierung (LAING 1969), Verteidigung stereotyper Rollen (WYNNE 1969), Beziehungsblindheit, die Unfähigkeit, Metakommunikationen herzustellen (WATZLAWICK u.a. 1969) u.a.. Gleichzeitig wurde immer schon von mehreren Autoren darauf hingewiesen, dass es sich um allgemeine, weitverbreitete Strukturmerkmale zwischenmenschlicher Beziehungen handle, die durchaus nicht allein auf pathologische Familienkonstellationen begrenzt und nur für diese charakterisch seien (LAING 1969, WYNNE 1969, BENEDETTI 1975). Hieraus ergeben sich zwei mögliche Folgerungen: die eine besteht in einer extensiven Erweiterung des ursprünglichen Ansatzes bis hin zur Formulierung "allgemeingültiger" Strukturmerkmale menschlicher Beziehungen. WATZLAWICK et al formulieren - zunächst von Ergebnissen der Familienforschung ausgehend - allgemeine "Axiome" menschlicher Kommunikation. Ähnlich verfährt STIERLIN (1971), der auf phänomenologischer Ebene eine "Dynamik menschlicher Beziehungen" entwickelt.

Dieser Schritt über die Grenzen der Familienforschung hinaus setzt- meiner Meinung nach - eine grundlegende Unterscheidung zwischen zwei konträren Beziehungsqualitäten voraus, was sowohl WATZLAWICK wie auch STIERLIN (in je unterschiedlicher Weise) herausarbeiten: WATZLAWICK u.a. sprechen von

"symmetrischen" und "asymmetrischen" Beziehungen, STIERLIN von "positiver und negativer Gegenseitigkeit". D.h. es wird grundsätzlich notwendig, Abhängigkeitsbeziehungen mit vorwiegend negativen und solchen mit vorwiegend positiven Komponenten einander gegenüberzustellen und gegeneinander abzugrenzen. Hiermit wird auch der Begriff der "Störung" in den Kontext der Analyse "negativer" Beziehungen verbannt.

Die zweite mögliche Konsequenz ist, Konzepte der Familienforschung daraufhin zu überprüfen, ob und wieweit sie auf nicht-familiäre, nicht-pathologische Beziehungen übertragbar sind und auch hier noch analytische Kraft besitzen. Dieser Weg soll in unserer Untersuchung gegangen werden.

1.2.2. Zur Struktur der Abhängigkeitsbeziehung innerhalb der Familie

Familienbeziehungen sind nicht zuletzt deshalb von allgemeinem Interesse für eine Analyse auch anderer Beziehungsgefüge, weil mehrere Struktureigenschaften von Abhängigkeitsbeziehungen hier besonders deutlich zutage treten.

Diese Struktureigenschaften lassen sich wie folgt charakterisieren:

- 1) Die innerhalb von Familien zusammenlebenden Individuen sind durch wechselseitige reale und emotionale, nicht ohne weiteres aufkündbare Abhängigkeitsverhältnisse aneinander gebunden. Dies gilt in besonderem Masse für die Beziehungen zwischen den Generationen.
- 2) Innerhalb des Familiengefüges sind die Chancen, Normen zu setzen und über Sanktionen durchzusetzen ungleich verteilt; die primär durchsetzungsfähigeren Interaktanten sind die Eltern.

3) Die Familie ist ein Beziehungssystem, das über längere Zeitabstände hin Konflikte generiert, in der Regel infolge von Wachstumsprozessen und Verselbständigungstendenzen der Kinder, die die Ausbildung adäquater kommunikativer Bewältigungsstrategien auf der emotionalen und kognitiven Ebene erfordern. Diese Konfliktbewältigungsstrategien haben die Form identifizierbarer, relativ stabiler und konstanter Muster.

4) Eine inadäquate, "pathologische" Form der Konfliktbewältigung zeichnet sich durch Strukturen in der Interaktion aus, die, von ihrer intentionalen Seite her interpretiert, auf Konfliktabwehr hin organisiert sind, von innen oder von aussen kommenden Anstössen in Richtung auf einen Widerstand entgegenzusetzen, und dem Beobachter als Pathologien, als "Störungen" auch und in erster Linie auf der Ebene sprachlicher Interaktion imponieren.

Drei wesentliche Abstraktionen sind in dieser Deskription enthalten, die aufgrund ihrer Verallgemeinerungsfähigkeit eine Übertragung auch auf qualitativ grundlegend anders erscheinende soziale Beziehungen nahelegen:

Die interaktiven Verflechtungen innerhalb der Familie sind rollengebunden; die Rollenfunktionen innerhalb des familialen Nexus sind nicht beliebig austauschbar. Die Eltern als Sozialisationsinstanz übernehmen Funktionen, die sie - und nur sie - als Erwachsene übernehmen können und müssen. Diese reichen über die Einführung von Sprache im Rahmen der sozial präformierten Realitätsdefinitionen bis hin zur Herstellung eines spezifischen emotionalen und kognitiven "Klimas" mit weitreichenden Folgen für die Binnen- und Aussenbeziehungen aller Partner. Die Tatsache, dass die Eltern die strategischen Positionen innehalten, schliesst jedoch nicht aus, dass

die Struktur der Interaktion von allen Interaktanten - einschliesslich der Kinder - mit produziert und reproduziert wird. "Ein Rückschritt hinter die Einsicht, dass jedes Verhalten eines Familienmitgliedes ein Interagieren, eine 'communicative interaction' ist, wird keiner zukünftigen Familienforschung mehr möglich sein" (KISKER 1962).

Dieses Konzept ermöglicht einerseits, die Familie als Ganzheit in ihrer Pathologie zu beschreiben, darüber hinaus aber schliesst es eine weitere Differenzierung mit ein: es ist imstande, daran festzuhalten, dass ein Teil überwiegend Opfer, der andere überwiegend Täter in diesen Zirkeln ist; dass das Kind aufgrund seiner hochgradigen Empfindlichkeit und Formbarkeit und infolge seiner geringen Sanktions- und Normsetzungschancen zum Opfer innerhalb einer Ohnmachtsrolle prädisponiert ist. Durch die Asymmetrie in der Beziehung, seine Abhängigkeit von den Erwachsenen als Objekten und Subjekten seiner Bedürfnisbefriedigung, bietet es sich als Symptomträger geradezu an.

Hiermit ist ein drittes Moment angesprochen, das auch in unserem Zusammenhang von Interesse ist: In Familien werden die Folgen und Auswirkungen von Strategien in Form von Symptomen offenbar. Begriffe wie "Mystifizierung" (LAING 1969), "Entwertung" (WATZLAWICK u.a. 1969) oder "Verteidigung stereotyper Rollen" (WYNNE 1969) thematisieren den intentionalen und finalen Aspekt kommunikativen Umgangs; was die Interaktanten miteinander tun und sich dabei antun, wird auf der intentionalen Ebene beschrieben.

1.2.3. Weil-Motive und Um-zu-Motive

In diesem Zusammenhang scheint mir eine Unterscheidung, die Alfred SCHÜTZ trifft, für ein Begreifen dieses Verstehensansatzes hilfreich: er differenziert zwischen Weil-Motiven und Um-zu-Motiven: Das "echte Weil-Motiv einer Handlung sei eine "objektive Kategorie, die dem Beobachter zugänglich ist, der die Einstellung des Handelnden auf sein Handeln von der ausgeführten Handlung her rekonstruieren muss, das heisst, von dem Zustand her, der durch das Handeln des Handelnden in der äusseren Welt geschaffen wurde. Nur insofern sich der Handelnde seiner Vergangenheit zuwendet, und damit zum Beobachter seiner eigenen Handlungen wird, kann es ihm gelingen, die echten Weil-Motive seines Handelns zu erfassen" (1971 Bd. I, 81).

Wenn wir diese Aussage auf unseren Zusammenhang beziehen, so heisst das: Warum diese Strategien in Familien zur Anwendung kommen, die Weil-Motive der Interaktanten zu eruieren, ist den Familien selbst - unter therapeutischer Hilfe - als ein langwieriger Prozess aufgegeben. Der Kosmos der Weil-Motive ist unendlich und erscheint auch in diesem Begriffsrepertoire nicht unmittelbar wieder. Hier knüpft die Familienforschung an die psychoanalytische Theorie und Praxis an.

Die "strategischen " Begriffe, die uns diese Forschungen zur Verfügung stellen, geben viel eher Aufschluss über die Um-zu-Motive der Handelnden. Das Um-zu-Motiv verweist "auf die Einstellung des im Prozess seines ablaufenden Handelns lebenden Handelnden. Dies ist daher eine wesentlich subjektive Kategorie und dem Beobachter zugänglich, der fragt, welchen Sinn der Handelnde seinem Handeln gibt".

SCHÜTZ ist kein Psychoanalytiker, um so weit zu gehen, dass dieser Sinn dem Handelnden nicht oder noch nicht bewusst sein kann - ein Sinn, der der Klärung im therapeutischen Prozess erst noch bedarf. Dies ändert aber nichts an der grundsätzlichen Fruchtbarkeit dieser Unterscheidung.

Wenn wir versuchen, einen Zusammenhang zum Konzept der Palo-Alto-Gruppe herzustellen, so wird klar, dass es diesem Ansatz innerhalb der Kommunikationsforschung um eine Erhellung der Um-zu-Motive zu tun ist. Geht es doch hier um die Identifikation und Beschreibung von Interaktionsstrukturen über eine "Suche nach Strukturen im Jetzt und Hier statt nach symbolischen Bedeutungen, Ursachen in der Vergangenheit oder intrapsychischen Motivationen" (WATZLAWICK et al. 1969, 47). Die Begriffe dieses theoretischen Rahmens ("Bestätigung", "Verwerfung", "Entwertung" usf.) thematisieren und interpretieren den finalen Aspekt einer Mitteilung im "Jetzt und Hier" der Kommunikation (Anm. 4).

Anm. 4: Man kann diesen Zusammenhang an einem der zahlreichen Beispiele sprachlicher Handlungen, die LAING (1969) über den Begriff der "Mystifikation" beschreibt, noch ein Stück weiter konkretisieren: "Ein Kind spielt am Abend lärmend; seine Mutter ist müde und möchte, dass es ins Bett geht. Eine offene Erklärung wäre: 'Ich bin müde und möchte, dass du ins Bett gehst!' ... Eine mystifizierende Art, das Kind zum Zu-Bett-gehen zu bewegen, wäre: 'Ich bin überzeugt, du bist müde, Liebling, und möchtest jetzt ins Bett, nicht wahr?'" (277). - Über die Interpretation dieser Kommunikation als "Mystifikation" wird - im Sinne der Definition des Begriffs - ihr finaler Aspekt beleuchtet: "Mystifikation ist eine Form der auf den anderen gerichteten Handlung, die der Verteidigung der Sicherheit der eigenen Person dient" (282). Die Mutter wählt diese Formulierung, um damit zu erreichen, einen offenen Konflikt nicht austragen zu müssen (wie kann das Kind widersprechen, wenn die Mutter sowieso alles besser weiss?) bzw., um ihre eigenen Bedürfnisse dem Kind gegenüber zu verleugnen.

Eine Differenzierung zwischen Weil-Motiven und Um-zu-Motiven reflektiert Verhalten vor dem Hintergrund einer Zeitstruktur und eröffnet damit zwei mögliche und nicht identische Verstehenszugänge zu aktuellem Verhalten. Indem sich das Um-zu-Motiv "an der als modo futuri exacti abgelaufenen phantasierten Handlung orientiert", weist sein Entwurf in die Zukunft, trägt den "Zeitcharakter des Zukünftigen" (SCHÜTZ 1974, 116, 119) (Anm. 5).

Das Weil-Motiv knüpft bei der eigenen und Fremdinterpretation an der Vergangenheit an, "der Sinn dieser Aussage besteht in der Verknüpfung abgelaufener Erlebnisse mit Vergangenheitscharakter, mit anderen Erlebnissen mit Vergangenheits- und Vorvergangenheitscharakter in einem neuen Sinnzusammenhang" (ebd. 123).

Demnach könnte eine Analyse vom Verhalten von zwei Standpunkten aus erfolgen: zum einen stünden die Motivketten und ihre Äusserungen im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund biographisch fixierter Erfahrungen und "Einstellungen" (SCHÜTZ/LUCKMANN 1975, 210) einer

Anm. 5: Ein Aspekt der Um-zu-Motive, den SCHÜTZ ausführt, scheint mir in unserem Zusammenhang ebenfalls von Interesse: "Um eine Handlung als modo futuri exacti zu entwerfen, muss ich bereits ein Vorwissen von dem Verlauf eines solchen Handelns modo praeterito haben. Es müssen also dem Entwurf gleichartige Handlungen vorangegangen sein, welche sich in phasenweise aufbauenden, polythetischen Akten konstituiert haben und auf die monothetisch als Einheit hingeblickt wird. Je häufiger derartige Aktvollzüge vorgenommen wurden und auf eine je grössere Anzahl gleichartiger Handlungen im monothetischen Blick hingesehen werden kann, umso mehr rückt der phasenweise Aufbau des monothetisch in den Blick gefassten Handlungszieles in das fraglos Gegebene" (ebd. 121). D.h. mit anderen Worten und auf unseren Zusammenhang bezogen: Je häufiger und besser sich eine Strategie bewährt hat, um so problemloser kann auf sie im Vollzug der Interaktion zurückgegriffen werden, ohne dass dadurch unerwartete Effekte entstehen oder unabsehbare Folgen hervorgerufen werden.

Interpretation offen. Zum anderen könnte man sich die Frage stellen, welches die Ziele sind, die der Handelnde mit seinem Handeln verbindet und in welchem subjektiven Interesse er die Situation organisiert.

Beschreitet man den zweiten Weg, wäre jedoch darüber hinaus zu berücksichtigen, dass Handeln immer auch in den Kontext einer Situation eingebettet ist; dass die Situation vorschreibt und begrenzt, welche aus der Menge aller möglichen Motive aktualisiert werden können und dürfen.

Es liegt nahe anzunehmen, dass der Horizont der Um-zu-Motive, die der Handelnde mit seinem Handeln verbindet, um so enger wird, je eindeutiger die Situation definiert ist und je starrer an den vorgegebenen oder einmal getroffenen Rollenzuweisungen festgehalten wird.

Diese Rollenzuweisungen können je nach dem Charakter der Beziehungen das Produkt langwieriger Aushandlungsprozesse sein; so etwa innerhalb des familialen Nexus, wo der sozial präformierte Raum individueller Bedürfnisgestaltung und Konfliktregelung relativ gross ist (er hat da seine Grenze, wo mit dem Auftreten von Pathologien oder Delinquenz ein Zugriff von aussen ausgelöst wird). Unter pathologischen familialen Konstellationen können sich jedoch die Um-zu-Motive über längere Zeiträume hin auf ein zentrales Motiv reduzieren: so wäre vorstellbar, dass das Ziel der Erhaltung und Stabilisierung von Abhängigkeiten monoton die Szene beherrscht.

Andererseits wäre denkbar, dass dieser Raum, in den hinein Motive sich ausdehnen können, von allem Anfang an schon begrenzt ist durch eine klare Zuweisung von Rollen und Positionen, die nur einen geringen Spiel-

raum zur Entfaltung je besonderer Motive und Strategien bei der Bewältigung der Situation offen lassen. Dies wäre der Fall bei professionellen, durch definierte Themen und Handlungsziele vorstrukturierter Beziehungen.

1.2.4. Konsequenzen für einen methodischen Zugang zum Problemgegenstand

Wenn - wie empirisch zu zeigen sein wird - die Strukturen im aktuellen Vollzug verbaler Kommunikation auf ihren finalen Aspekt hin Thema sind, dann ergeben sich hieraus auch methodische Konsequenzen: Es wird möglich und sinnvoll, in Absehung von den Weil-Motiven, Situationen auf ihren latenten und manifesten Sinngehalt hin zu interpretieren.

Das heisst für den Forschungsprozess, "dass der Forscher, der sich mit dem sozialen Handeln eines bestimmten Individuums oder einer bestimmten Gruppe beschäftigt, oder mit einer bestimmten Art sozialen Handelns, jenes Handeln von der Position desjenigen sehen muss, der die Handlung ausbildet. Er sollte den Aufbau der Handlung in der Art verfolgen, in der sie tatsächlich erfolgt. Das bedeutet, er muss die Situation so sehen, wie sie vom Handelnden gesehen wird, er muss beobachten, was der Handelnde berücksichtigt, er muss die alternativen Handlungsarten wahrnehmen, die dieser im voraus entwirft, und er muss versuchen, der Interpretation zu folgen, die zu der Auswahl und Ausführung einer dieser vorentworfenen Handlungen führte" (BLUMER 1969, zit.nach KREPPNER a.a.O., 139).

Auch hier - wie bei SCHÜTZ - scheint mir die Ergänzung notwendig, dass der Forscher insofern dem handelnden Subjekt als seinem Untersuchungsgegenstand voraus sein

kann, als er über interpretative Kompetenzen verfügt, die es ihm ermöglichen, Motive beim Handelnden zu erkennen und durchsichtig werden zu lassen, die dessen Strategie zwar - mitunter entscheidend - determinieren, diesem jedoch auf der Ebene bewusster Motivationen nicht unmittelbar habhaft noch gegenwärtig sind.

Für die Analyse von Situationen können wir noch ein Stück weit an der Familienforschung anknüpfen:

Indem man unterstellt, dass in Familien mit einem schizophrenen Angehörigen aufgrund der spezifischen pathologischen Konstellation der Einengung und durch die Rollenverteilung innerhalb des Nexus unter einem "unendlichen Wiederholungszwang" bestimmte Strukturen in der Interaktion aufrecht erhalten wurden, lag der Schluss nahe, dass man quasi beliebige Situationen herausgreifen könne, um an diesen die Generierung ihrer Struktur zu verfolgen.

Für den Forschungsprozess liess sich hieraus die Legitimität einer "Datenreduktion" in dem Sinne ableiten, dass man singuläre Situationen, d.h. einzelne, isoliert stehende Verbatimprotokolle explorativer oder therapeutischer Familiensitzungen heranzog, indem man darauf vertraute, dass die interaktiven Akte, die die Familien (in Anwesenheit des Therapeuten) im Hier und Jetzt generierte, von alltäglichen familieninternen Interaktionen nur wenig abwichen bzw. mit diesen weitgehend identisch seien.

So ging man daran, anhand von Verbatimprotokollen von Einzelsituationen Stilbesonderheiten und verbale Kommunikationsstörungen innerhalb des familialen Nexus zu analysieren (MORRIS/WYNE 1965, SINGER/WYNNE 1966, MISHLER/WAXLWE 1966, Kontrollstudie KAUFMANN 1972).

Neben der Analyse sehr einfach zu bestimmender Eigenschaften solcher Kommunikationen (Satzzahlen, Sprechaktivitäten der einzelnen Sprecher, Pausen) wird über Kategorien, die in einem Code-Book systematisch aufgeführt sind, eruiert, welche "Abweichungen, Defekte und ... Kommunikationsstörungen ... auf der individuellen und der interpersonellen oder Interaktionsebene ..." (KAUFMANN 1972, 79) auftreten. In diesen Code-Listen (im Folgenden beziehe ich mich der Einfachheit halber nur auf KAUFMANN) sind alle wesentlichen beschreibenden und interpretierenden Kategorien, die innerhalb der Familienforschung entwickelt wurden, kondensiert enthalten: von der "oberflächlichen", rein äusserlichen quantitativen Erfassung der Redeaktivitäten über leicht bestimmbare Merkmale individueller und interaktiver Parameter der Kommunikation (z.B. Schweigen, Unterbrechungen der anderen) bis hin zu interpretierenden Kategorien, die latente oder bewusste Motivationen thematisieren (Disqualifikationen, einige Varianten des Nicht-Antwortens, projektive Verarbeitungen etc.).

Für die interpretativen Kategorien gilt eine Einschränkung: die Code-Bücher enthalten nicht jene Begriffe, über die "Gesamtbeurteilungen" der Interaktionsstruktur getroffen werden, wie z.B. den Begriff der "Aufrechterhaltung stereotyper Rollen" (WYNNE 1969).

Dies hängt wohl einerseits mit der mangelnden Stringenz innerhalb dieser Forschungen zusammen, zum anderen auch damit, dass das Code-Book als ein diagnostisches Instrument konzipiert wurde, das dem Anspruch möglichst reliabler, d.h. intersubjektiv eindeutig zu handhabender Einschätzung von Gesprochenem genügen muss; dies wird um so schwieriger, je höher das Ausmass der geforderten interpreta-

tiven Leistung und je komplexer der Nexus ist, über den diese Aussagen getroffen werden.

Die weitgehende methodische Abstraktion dieses Verfahrens besteht darin, dass die Äusserungen nur auf der individuellen oder dyadischen (Sender - Adressat) Ebene interpretiert werden, dass Mehr-Personen-Interaktionen in dyadische Transaktionen aufgelöst werden. So wird, um ein beliebiges Beispiel zu wählen, systematisch ausgeblendet, dass eine Disqualifikation, die A gegenüber B äussert, immer auch ihre spezifische Bedeutung gegenüber dem in der Situation anwesenden C oder Therapeuten hat und diesem Dritten gegenüber nicht disqualifizierend intendiert sein muss (A könnte einen Verbündeten suchen).

Evident ist auch, wenn man die Entstehungsgeschichte dieses Instruments berücksichtigt, dass die Listen sowohl Besonderheiten der Kommunikation aufführen, die überwiegend oder ausschliesslich in einem psychiatrischen setting zu erwarten sind (Double bind, Störungen der Logik) als auch Kategorien, die gleichermassen im Alltag innerhalb von Kommunikationen auftreten können und nicht mit spezifischen Pathologien verknüpft sein müssen (spontane Kommunikationsabbrüche, Unterbrechungen, Varianten des Nicht-Antwortens, emotionale Gehalte etc.).

Dass das Auftreten von "Störungen" jeweils auch an die Situation geknüpft ist, wurde im Rahmen dieser Forschungen ebenfalls in Rechnung gestellt: in der Weise, dass nicht nur explorative oder therapeutische Situationen sprachlich analysiert wurden (bereits hier geht es ja darum, ein definiertes Problem, nämlich die innerfamiliäre Problematik darzustellen oder aufzuarbeiten), sondern auch quasi experimentelle Situationen geschaffen wurden, die man etwa dadurch herbeiführte, indem man der Familie zur Auflage machte,

über ein bestimmtes Thema innerhalb einer vorgegebenen Zeit zu einer konsensuellen Problemlösung zu gelangen: (LOVELAND u.a. 1963, WYNNE/SINGER 1965, SINGER 1966) eine Belastungssituation insofern, als ja gerade ein konstitutives Element der Pathologie solcher Familien die Unfähigkeit darstellt, einen realistischen und nach aussen hin darstellbaren Konsens auszuhandeln und zu vertreten.

Wenn wir abschliessend versuchen, von den Ergebnissen der Familienforschung ausgehend, Aussagen höheren Allgemeinheitsgrades zu treffen, dann lassen sich die folgenden Sätze formulieren:

1. Singuläre Interaktionssituationen und deren Sinngehalt und Dynamik sind nur dann interpretierbar, wenn die stabilen strukturellen Merkmale der sozialen Situation, in der die Interaktanten zusammentreffen, benannt werden können.
2. Über diese strukturellen Merkmale lassen sich um so eher Aussagen treffen, je umfassender den Interaktanten über Rollenzuweisungen je besondere und nicht austauschbare Funktionen übertragen sind.
3. Es müssen Kenntnisse (oder zumindest plausible Annahmen) vorliegen über die zugrundeliegenden wechselseitigen Beziehungsdefinitionen und die damit bereits vorgezeichneten Konflikt dispositionen innerhalb des Beziehungsgefüges.
4. Erst vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll und möglich, besonderes Gewicht auf die in der Situation wirksamen Um-zu-Motive zu legen, d.h. über die sprachliche Umsetzung von Bedürfnissen und Konflikten im Vollzug der Interaktion auf der Motivebene interpretierende Aussagen zu treffen, die der Wirklichkeit dieser Situation angemessen sind.

1.3. Zur Struktur der Abhängigkeit zwischen Arzt und Patient

Ein Bestand unseres Alltagswissens ist die Tatsache, dass Individuen, wenn sie erkranken und sich als Patienten ins Krankenhaus und unter die Obhut eines Arztes begeben, eine Beziehung eingehen, aufgrund deren eigentümlichen Charakters der Kranke in Abhängigkeit vom Arzt gerät.

Diese Abhängigkeit ist auf mehreren Dimensionen beschreibbar (SIEGRIST 1975, 1976): Sie hat ihre Ursache in der ungleichen Wissensverteilung bei Arzt und Patient; der Arzt ist Experte, der Kranke Laie, der auf die diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen des Arztes angewiesen ist. Sie besteht auch in einer ungleichen Involvierung in das Geschehen, der Arzt steht der Krankheit seines Patienten "gegenüber", der Patient ist unmittelbar von ihr betroffen, nicht selten existentiell durch sie bedroht. - Begibt sich der Kranke in ein Krankenhaus, so entstehen weitere Abhängigkeiten infolge der "organisatorischen Rollen": der Kranke hat sich den Normen der Institution zu unterwerfen, deren personeller Repräsentant der Arzt ist. In seinen Handlungsmöglichkeiten werden dem Kranken Beschränkungen auferlegt, die der Arzt definiert und über die sich der Patient nicht ohne das Risiko direkter oder indirekter Sanktionierung hinwegsetzen kann.

Diesen vier von SIEGRIST genannten Aspekten wäre noch ein fünfter hinzufügen: Auch die Zeitstruktur wird an den Kranken von aussen herangetragen. Dies gilt sowohl für die Dauer der Hospitalisierung, für den Tagesablauf und auch für die Bemessung der Zeit, während der der Patient individuelle Zuwendung durch den Arzt erfährt, die in der Regel "streng rationiert" und auf die kurzdauernde Visite beschränkt ist.

Weniger offensichtlich ist, dass immer auch der Arzt - wenn auch in eine qualitativ ganz anders geartete - Abhängigkeit seines Patienten gerät, dass die Abhängigkeit beider eine wechselseitige ist, weil auch der Arzt in der Beziehung zu seinem Patienten normativen Erwartungen begegnet. Sie sind an die Eigen- und Fremdinterpretation

seiner professionellen Rolle geknüpft, über die der Arzt sozial als eine Person definiert ist, die immer und unter allen Umständen dem Kranken gegenüber die Position eines uneigennützigen und verlässlichen Helfers einzunehmen ("salus aegroti suprema lex") oder zumindest darzustellen hat. BALINT spricht in diesem Zusammenhang ironisierend von der "apostolischen Funktion" des Arztes und meint damit "sein Bedürfnis, seinem Patienten, der Welt als ganzer und sich selbst zu beweisen, wie gut, nett, gescheit und tüchtig er ist" (1965, 309). In dieser Selbstdarstellung ist er angewiesen auf einen Vertrauensvorschuss, den der Patient in die Beziehung einbringt und der als einzulösender Anspruch im Raum steht, d.h. er steht unter dem Zwang, dafür Sorge zu tragen, dass sein "Image" keinen Schaden nimmt; denn "immer.... ist das eigene soziale Image, selbst wenn es persönlichster Besitz und Zentrum der eigenen Sicherheit und des Vergnügens sein kann, nur eine A n l e i h e (Harvorh. v. Verf.) von der Gesellschaft; es wird einem entzogen, es sei denn, man verhält sich dessen würdig" (GOFFMAN 1971, 15). (Anm. 6)

Anm. 6: In welchem Masse der Arzt im Umgang mit seinem Pat. angehalten ist, im eigensten Interesse Sorgfalt zu üben, hängt nicht zuletzt auch von der Situation und dem Kranken ab: Während alltäglicher Visiten im Krankenhaus steht sein Image nicht nur gegenüber dem Pat., sondern auch gegenüber den in der Situation anwesenden Kollegen und Schwestern auf dem Spiel, die jenseits ihrer spezifischen Rolle und Funktion auch als "Kontrollinstanzen" präsent und wirksam sind. Über Verhaltensbeobachtungen von Interaktionen mit psychiatrischen und sterbenden Pat. lässt sich sehr gut einsichtig machen, dass sich diese Sorgfalt dann erübrigt, wenn ein Konsens darüber besteht, dass dem Kranken (qua Diagnose oder Prognose) die Macht abgesprochen und entzogen ist, ein Image zu verleihen. Unmittelbar erfahrbar wird hier, welche weitreichenden Folgen diese Ab-erkennung für die Organisation direkter Interaktion hat (FISCHER 1969, GOFFMAN 1972, SUDNOW 1973, HEROLD-WEISS 1974).

Wenn wir davon ausgehen, dass die Beziehung durch wechselseitige Abhängigkeiten auf verschiedenen Ebenen strukturiert ist, dann ist daraus zu folgern, dass in geteilten sozialen Situationen von beiden Seiten ein Interesse bestehen muss, die Grunddefinition der interpersonellen Wahrnehmung nicht aufzuheben oder auch nur aufs Spiel zu setzen. Denn der Arzt "braucht" den Patienten als ein Gegenüber, das ihn im Sinne der impliziten Beziehungsdefinition wahrnimmt, anerkennt und aktiv bestätigt; der Patient seinerseits bedarf dieser Beziehungsdefinition, um den hohen normativen Druck, dem er von seiten des Arztes unterliegt (bis hin zu indiskreten und schmerzhaften Eingriffen an und in seinem Körper) akzeptieren und subjektiv tolerieren zu können (Anm. 7, Anm. 8).

Anm. 7: Hier scheint mir eine mehr als nur äusserliche Analogie zwischen der Arzt-Patient-Beziehung und dem Verhältnis zwischen Kind und signifikantem Anderen vorzuliegen: denn Sozialisation - als ein in Beziehungen eingebetteter Prozess begriffen -, ist nur so vorstellbar und kann nur auf dem Wege gelingen, dass das Kind - auch ohne primäre Einsicht in den Sinn normativer Forderungen und Zumutungen über das Vertrauen, dass der Erwachsene es "besser weiss und gut meint" die Übernahme und Verinnerlichung gesellschaftlich präformierter Strukturen bei sich zulässt.

Anm. 8: Es wäre denkbar, dass die "regressiven" Verhaltensformen, die bei Krankenhauspat. beschrieben wurden in eben dieser Abhängigkeitsstruktur ihre Voraussetzung und Begründung finden. Dies gilt für die Abwendung von der äusseren Realität und die Konzentration auf das eigene Körpergeschehen (LEDERER 1958), wobei institutionelle Restriktionen offensichtlich klaglos und willig vom Kranken ertragen werden; ebenso für die Beziehung zur Institution, die vom Kranken als ein "home away from home" (COSER 1956) erlebt und benutzt wird.

Dass sich im Spannungsfeld zwischen der Erfüllung dieser Beziehungsnorm und Verzicht (man könnte auch von "institutionalisierter Verleugnung" sprechen) auf die unmittelbare Befriedigung persönlicher Präferenzen und Bedürfnisse beim Arzt Konflikte entwickeln können und müssen, ist offenbar. Ebenso, dass es höchst subtiler Strategien in der Interaktion bedarf, um individuelle Dispositionen, subjektive Bedürfnisse und die an die Rolle geknüpften Erwartungen in der konkreten Begegnung dennoch zu versöhnen.

Dies mag dann leicht gelingen, wenn beruflich geforderte positive Einstellung und persönliche Sympathie gegenüber der Person des Patienten zusammenfallen. Unter diesen Voraussetzungen steht der Konstituierung einer Beziehung "positiver Gegenseitigkeit" (STIERLIN 1971) nichts im Wege (Anm. 9).

Anm. 9: Ein Beispiel für einen solchen exklusiven Dialog zwischen Arzt und Pat. ist die Beziehung zwischen K. JASPERS und A. FRÄNKEL, die über fast vier Jahrzehnte zwischen 1901 und 1938 (dem Todesjahr Fränkels) kontinuierlich bestand. In seinen Tagebüchern und Aufzeichnungen schildert JASPERS die Auseinandersetzungen, die er mit seinem Arzt um die Anerkennung als chronisch Kranker mit gerechtfertigten Privilegien aber auch um die Rechtfertigung therapeutischer Präskripte und lenkender Eingriffe in seine Lebensgeschichte führte. Diese Ambivalenz, die zwar die Beziehung (zumindest in der retrospektiven Betrachtung) nie in Frage stellte, aber ein steter Punkt von Aushandlungsprozessen war, fließt in die allgemeinen Bemerkungen, die JASPERS zur Beziehung von Arzt und Pat. äussert, unmittelbar ein: "Der denkende Kranke muss dem Arzt entgegenkommen. Er darf nicht nur und nicht einfach gehorchen. Wenn der Pat. mitdenkt, muss er die Grenzen allen wissenschaftlichen Könnens begreifen und anerkennen (und nicht Unmögliches verlangen, bei dessen Ausbleiben er gar die Medizin und die Ärzte anklagt). Er darf Kritik an der Begründung von therapeutischen Massnahmen der wissenschaftlichen Medizin versuchen. Das Handeln der Ärzte ist in beträchtlichem Umfang unvermeidlich unter Schemata der Zeit und gar der Mode gebracht. Getan wird etwas, ut aliquid fiat; geredet wird, um zu beruhigen, zu verschleiern, abzulenken, zu ermahnen. Daher hat der Pat. gegen überflüssige Verordnungen zu kämpfen, bis der kluge Arzt ihm glaubt, dass er nicht unter allen Umständen irgendwie behandelt, sondern nur beobachtet sein will, um in den Augenblicken, wo eine rationell wirksame Behandlung in der Tat möglich ist, diese zu erhalten" (JASPERS 1967, 127).

Nun scheint mir jedoch gerade auf Allgemeinstationen im Krankenhaus, wo Arzt und Patient in der Regel beliebig und wahllos aufeinandertreffen, die Beziehung häufig von allem Anfang an problematisch: PAPPER (1969) hat eine Vielzahl von Qualitäten aufgezählt, die einen Patienten für den Arzt unattraktiv machen und wenig Sympathie bei ihm erwecken: So gebe es den aus sozialen Ursachen unbeliebten Patienten: den Alkoholiker, den physisch abstossenden, verwahrlosten Kranken, den ungezogenen und den sehr armen, zahlungsunfähigen Patienten (Anm. 10); den aufgrund seines Verhaltens unliebsamen Patienten; den undankbaren Kranken, den vermeintlichen Besserwisser und den kompetenten Laien. Endlich könnten Aversion und Antipathie gegenüber dem Patienten auch darin ihre Ursache finden, dass er keine diagnostizierbare Krankheit habe, dass er auf therapeutische Bemühungen nicht anspreche oder dass er chronisch- oder tödlich erkrankt sei.

Auch wenn man den Einwand berücksichtigt, dass nicht jede der hier aufgeführten Problemkonstellationen immer und ohne Ausnahme zu einem manifesten Konflikt in der Beziehung führen muss, so wird man sich jedoch kaum der Einsicht verweigern können, dass es typische, an den Patienten geknüpfte Bedingungen gibt, unter denen - bei bestehender Ambivalenz und latenter Ablehnung - in der Interaktion Wege gefunden werden müssen, auch diese

Anm. 10: Die hier zitierte Arbeit spiegelt teilweise selektiv amerikanische Verhältnisse wider. Dennoch scheint mir in diesem kurzen Abriss ein so hohes Mass an Reflexivität und selbstkritischer Beobachtung eines Arztes enthalten, dass hier eine möglichst vollständige Zusammenfassung aller genannten Punkte aufgeführt werden soll.

negativen und zerstörerischen Aspekte zu integrieren und Formen des Umgangs mit diesen zu finden.

Dass hier Wege gefunden werden müssen, resultiert aus dem der Beziehung immanenten Verbindlichkeitsanspruch: er hat den Charakter eines Vertrages, der nur unter erheblichen Schwierigkeiten und Nöten auf beiden Seiten aufkündbar ist. Während einer behandlungsintensiven stationären Phase ist es im höchsten Masse problematisch, ja verpönt, die einmal eingangene Verbindlichkeit aufzukündigen und die Beziehung abrupt abubrechen. Hierdurch entsteht für beide Interaktionspartner das Dilemma, dass Konflikte nur bis an eine nicht überschreitbare Grenze thematisiert, offengelegt und ausgetragen werden dürfen: diese Grenze liegt da, wo zwei Elemente der Beziehung in Frage gestellt werden müssten: dass der Patient, als Kranker angewiesen auf die Hilfeleistung des Arztes, unabhängig von persönlichen Eigenheiten und sozial verachteten oder missliebigen Eigenschaften ein Anrecht darauf hat, den Arzt für sich zu benutzen; indem der Arzt hierin nicht fragwürdig werden darf, kann er den Patienten als Person nicht offen ablehnen, ohne zugleich seine soziale Rolle, durch die ihm der Kranke als Patient übertragen ist, aufzuheben. - Der Patienten seinerseits kann und darf dem Arzt nicht unterstellen, dass dieser ihm gegenüber aus eigennützigen Motiven handelt, indem er seine subjektiven Bedürfnisse und Präferenzen zur Richtschnur seines Handelns macht; auch dies käme einer Negation der Beziehung gleich.

Über eine Interpretation von Sprachmaterialien aus Visiten können wir dann Aufschlüsse über die Dynamik der Beziehung zwischen Arzt und Patient im Rahmen sprachlicher Verständigung erwarten, wenn die zugrundeliegende Beziehungsdefinition und die wechselseitigen Ansprüche und Erwartungen nicht aus dem Blick geraten. Eine Analyse konkreter Interaktionen hat die strukturellen Bedingungen der Beziehung, die Um-zu-Motive, die in der Situation wirksam

werden und die konkurrierenden und - so scheint mir - häufig unversöhnbaren Interessen zu berücksichtigen, die die Interaktionen als übergeordnete Relevanzen strukturieren.

Es wird davon ausgegangen, daß im Alltag der Klinik die Visitensituation mehrere Funktionen zu erfüllen hat, die im Hinblick auf die Beziehung relevant sind. Empirisch wäre zu zeigen:

1. dass es im Rahmen sprachlicher Verständigung zwischen Arzt und Patient darum geht, die Positionen von Macht und Angewiesenheit nicht zu verwischen, sondern - im Gegenteil - zu affirmieren;
2. dass der Arzt im Rahmen der Institution konsistent und intersubjektiv verstehbar daran festzuhalten hat, dass er über die Normsetzungs- und Sanktionsmacht verfügt, wobei er in seinem Handeln auf die Anerkennung und Bestätigung des Patienten als aktiver Leistung angewiesen ist;
3. dass Arzt und Patient darüber verständigt sein müssen, dass diese Macht keine Willkür ist - oder auch nur als solche interpretierbar wäre. Das bedeutet, es geht um die Herstellung und Erhaltung eines kooperativen "Klimas", das nicht zerstört werden darf;
4. dass Ärzte und Patienten mittels unterschiedlicher Strategien zur Strukturierung und Stabilisierung dieser übergeordneten Relevanzen beitragen;
5. dass es Kontrollen geben muss (in Form institutionalisierter, längst nicht mehr bewusster Strukturen), die die Gefahren, die in diesem prekären Gleichgewicht von Macht auf der einen und Angewiesenheit auf der anderen Seite liegen, bändigen.

Wo innere und äussere Kontrollen versagen, ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient in Richtung auf eine Destruktivität pervertierbar, die heute - in der Wirklichkeit unserer Krankenhäuser - kaum mehr vorstellbar erscheint. Was Ärzte Patienten antun können und angetan haben unter Bedingungen, in denen der Kranke als Person aus dem Blick geriet, und sich der Arzt seines Patienten nurmehr als "Präparat" bediente, hierüber geben die Protokolle aus dem Nürnberger Ärzteprozess mit kaum zu überbietender Eindringlichkeit Aufschluss. Auch dies war eine - mögliche und realisierte - Wirklichkeit der Organisation von Beziehungen zwischen Arzt und Patient, ihr extremer Grenzfall.

Hierzu ein Zitat aus den Vernehmungen, die 1946/47 vor dem 1. Amerikanischen Militärtribunal in Nürnberg stattfanden:

Es handelt sich um die Vernehmung eines Arztes zu Knochentransplantationsexperimenten, die im Konzentrationslager Ravensbrück an weiblichen Häftlingen durchgeführt wurden:

"F.: War der Gefangene, dessen Schulterblatt Sie entfernten, ein Mann oder eine Frau?

A.: Das weiss ich nicht genau.

F.: Kennen Sie seinen oder ihren Namen?

A.: Das weiss ich nicht.

F.: In vorangegangenen Verhören haben Sie, Herr Dr. Fischer, ausgesagt, dass es sich um einen Mann handelte, während Herr Gebhardt sagte, dass es eine Frau war. Können Sie uns dieses Geheimnis etwas klären?

A.: Ja, insofern ich damals über die Person überhaupt nicht - aus Gründen, die ich ebenfalls darstellte - informiert war, und ich hatte in dieser Abendunterhaltung von Stumpfegger den Eindruck, dass es sich um ein Schulterblatt eines männlichen Gefangenen handelt, dessen Hand amputiert war...

F.: Nun, Herr Doktor, haben Sie diesen Mann untersucht?

A.: Nein, nicht.

F.: Haben Sie mit ihm gesprochen?

A.: Das tat ich auch nicht.

F.: Wissen Sie, ob er der Entfernung seiner Scapula zugestimmt hat?

- A.: Nein, das wusste ich auch nicht. Ich habe mich heute bemüht, es Ihnen darzustellen, in welcher besonderen Situation ich dazu aufgefordert wurde, und wie ich die Situation vorfand, unter der ich das Schulterblatt mobilisierte.
- F.: Ich bin mir dessen voll bewusst, Herr Doktor. Wollen Sie mir etwa sagen, dass Sie vielleicht an einer Person eine Operation durchführen, und ihre Scapula entfernen können, und nicht imstande sind, festzustellen, ob diese Person eine Hand oder einen Arm besass oder nicht?
- A.: Jawohl, das ist möglich.
- F.: Du meine Güte, Herr Doktor, Sie hatten die Person doch unter sich, nicht wahr?
- A.: Ja.
- F.: Und trotzdem konnten Sie nicht sagen, ob die Person einen Arm hatte oder nicht?
- A.: Herr Staatsanwalt, die Person, die operiert wird, ist ja total abgedeckt bis auf den Teil, der das Operationsfeld darbietet.
- F.: Ich glaube, das würde erkennbar sein, auch angesichts der Tatsache der Abdeckung, dass sich kein Arm unter der Decke, oder womit es bedeckt sein mag, befindet.
- A.: Nein, das ist nicht der Fall.
- F.: Nun, wissen Sie, was dann mit diesem Mann nachher passierte?
- A.: Dieser betreffende Patient ist in die Pflege von Dr. Stumpfegger übergegangen.
- F.: Haben Sie ihn jemals wiedergesehen?
- A.: Herr Staatsanwalt, ich bin Anfang Januar auf Befehl nach Berlin gegangen und habe ihn nicht wiedergesehen. (Prot. S. 4401)

In Übereinstimmung mit einer anderen ärztlichen Zeugin, die gleichfalls Häftling in Ravensbrück war, berichtet Dr. Maczka, dass es sich bei der Entnahme des Schulterblattes um eine Geisteskranke gehandelt habe, die sofort nach der Operation durch Evipanspritzen getötet worden sei. (Doc. NO. 875, NO. 361, Prot. S. 1466) (MITSCHERLICH/MIELKE 1962, 156 f.)

1.4.1. Krankheitsinformation als Gegenstand von Aushandlungsprozessen zwischen Arzt und Patient

Ziel unserer Untersuchung ist - wie bereits dargelegt - Aussagen zu treffen über das Funktionieren sprachlicher Verständigung zwischen Arzt und Patient, wobei wir zu berücksichtigen haben, dass der Dialog vor dem Hintergrund je unterschiedlicher Bedürfnisse und Interessen auf seiten der Ärzte und Patienten organisiert wird. Dies zu zeigen setzt voraus, ein drittes Moment, an dem diese Interessen festgemacht sind und wirksam werden, zu benennen und zum Gegenstand der Untersuchung zu machen. Hierfür bietet sich die sprachliche Verständigung über das zentrale Thema der Beziehung an: die Krankheit des Patienten. Die Ausgestaltung dieses Themas durch beide Interaktionspartner wird - davon wird ausgegangen - durch übergeordnete Relevanzen gesteuert sein: von der Situation, in die der sprachliche Austausch eingebettet ist, von den normativen Strukturen, die von der Peripherie her auf diesen Dialog organisierend Einfluss nehmen und von den Bedürfnisdispositionen der Interagierenden selbst. - Diese drei Aspekte sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

1-4.2. Zur Produktion krankheitsrelevanter Inhalte im Rahmen des Krankenhauses

Zielsetzung ärztlicher Tätigkeit im Akutkrankenhaus ist die Herstellung oder Wiederherstellung eines Zustandes des Patienten, der dem Zustand der Gesundheit möglichst nahekommt. Chronische Erkrankungen reduzieren diesen Anspruch auf das Ziel, den Patienten aus einer akuten Phase körperlicher Krankheit in einen funktionsfähigen Zustand chronischen Krankseins hin-

überzuleiten, der den Patienten aus der unmittelbaren Angewiesenheit auf eine kontinuierliche ärztliche und pflegerische Betreuung entlässt.

Eine Norm beruflichen Handelns besteht darin, dieses Ziel mit höchst möglicher therapeutischer und zeitlicher Intensität anzustreben; der stationär behandelte Patient ist Objekt permanenter Arbeitsvollzüge, denn nur über diese legitimiert sich sein Aufenthalt im Akutkrankenhaus. In diesem Prozess werden kontinuierlich relevante Daten und Informationen produziert.

Unter deskriptiven Gesichtspunkten lassen sich drei Phasen ärztlicher Tätigkeit am Patienten gegeneinander abgrenzen, die logisch einander nachgeordnet sind, zeitlich aber teilweise parallel verlaufen: zunächst eine explorative Phase; hier sind alle diagnostischen Handlungen und Massnahmen angesiedelt. Sodann eine therapeutische Phase, die kontinuierlichen Kontrollen unterliegt. Schliesslich ein dritter Abschnitt, in dem die Konzeption und Festlegung der poststationären weiterführenden Therapie erfolgt.

Der Patient steht den komplexen Umsetzungs- und Entscheidungsprozessen, die in der Praxis meist eine Folge untereinander zusammenhängender Ereignisketten hervorbringen, zunächst nur "gegenüber". Für ihn haben diese Prozeduren (um ein sehr einfaches Beispiel zu nennen: Anamneseerhebung - Auskultation des Herzens - Erstellung eines EKG's - Medikation) trotz ihrer unmittelbaren Spürbarkeit und Wahrnehmbarkeit keinen allein aus dem Alltagswissen heraus interpretierbaren Sinn. Verstehbar und damit für den Patienten integrierbare Erfahrung werden sie erst über den Weg der Kommentierung und Erläuterung durch den Arzt. Der institutionelle Rahmen, den das Krankenhaus hierfür anbietet, ist die tägliche Stationsvisite, wo in der konkreten Begegnung ein Raum für Information und Aufklärung des Patienten zur Verfügung steht.

1.4.3. Die Aufklärungspflicht des Arztes

Die rechtliche Normierung der ärztlichen Aufklärungspflicht setzt sich aus zwei wesentlichen Aspekten zusammen:

Die Aufklärung des Patienten fällt ausschliesslich in den Zuständigkeitsbereich des Arztes; Pflegepersonal und anderes klinisches Personal haben kein Aufklärungsrecht (BRENNER 1973).

Der Arzt seinerseits unterliegt Normen, die ihm im konkreten Fall eine sehr freie Ausgestaltung dieser Rechte und Pflichten einräumen. So habe die Aufklärung zum einen dem "Verständnisvermögen" und "geistigen Fassungsvermögen" des Patienten Rechnung zu tragen, zum anderen auf psychische Faktoren Rücksicht zu nehmen: "Der Arzt hat seine Aufklärung den therapeutischen Erfordernissen im konkreten Fall anzupassen und den Patienten in einem Umfang aufzuklären, der dem Heilungsauftrag des Arztes entspricht. Der Arzt darf den Patienten über seinen wahren Krankheitszustand täuschen, wenn er dem Schwerkranken die Hoffnung auf einen Heilerfolg belässt, oder wenn die Chancen einer Heilung durch Nichtaufklärung vermehrt werden" (BRENNER 1973). "Die Intensität der Aufklärung richtet sich jeweils nach der Lage des Einzelfalls" (MÖHRING u.a. 1974).

Die Auswirkungen dieser Rechtslage auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient liegen auf der Hand: zum einen ist der Kranke in seinem Bedürfnis nach relevanter Information ausschliesslich auf den Arzt verwiesen, d.h. den Repräsentanten der Institution, zu dem die Situationen direkten Kontaktes am sparsamsten bemessen sind. Darüber hinaus wird diesem eine Verfügungsmacht über diesen Bereich eingeräumt, der quasi total ist: der Arzt soll und darf darüber befinden, wieweit der Patient "verständlich" und psychisch disponiert ist, Informationen sinnvoll zu integrieren. Hiermit wird

aber zugleich unterstellt, dass im Arzt komplexe Entscheidungsprozesse im Sinne eines einführenden Handelns stattfinden, die den je besonderen subjektiven Bedürfnissen und Toleranzen seines Gegenübers angemessen sind.

1.4.4. Die Diskontinuität zwischen dem Informationsverhalten von Ärzten und dem Informationsbedürfnis von Patienten

Die Realität der Prozesse, innerhalb derer die Vermittlung von Krankheitsinformation stattfindet, stellt sich - zumindest tendenziell - gegenteilig dar: eine grosse Zahl empirischer medizinsoziologischer und sozialpsychologischer Studien kommt zu dem übereinstimmenden Ergebnis, dass Ärzte im Kontakt mit ihren Patienten dazu tendieren, Krankheitsinformationen ganz generell und unabhängig vom Einzelfall nur restriktiv zu gewähren (DAVIS 1963, ROTH 1963 a,b, SIEGRIST 1972, 1974, 1976 a,b, ENGELHARDT 1973, WAITZKÖN/STOECKLE 1974, 1976).

Dies trifft in erhöhtem Masse auf die Beziehung zu Schwerkranken zu (BEGEMANN-DEPPE 1974, McINTOSH 1974, SIEGRIST 1976).

Auch über die Tendenz, den Kontakt zu Schwerstkranken und sterbenden Patienten - noch über den besonderen Aspekt der Weitergabe von Krankheitsinformation hinaus - auf allen Ebenen der Kommunikation einzuengen, liegt eine Vielzahl von Beobachtungsmaterialien aus Feldstudien sowie zusammenfassender Arbeiten vor (KÜBLER-ROSS 1969, CARTWRIGHT u.a. 1973, SUDNOW 1973, UEXKÜLL 1973, GLASER/STRAUSS 1974, BEGEMANN-DEPPE 1976).

Nicht geringer ist die Zahl der Veröffentlichungen, die zeigen, dass Patienten ganz allgemein mehr Krankheitsinformation zu erhalten wünschen, als ihnen in der Regel vom Arzt zuteil wird, und dass dieses Bedürfnis unabhängig von der Schwere der Erkrankung besteht (KELLY/FRIESEN 1956, READER u.a. 1957, CARTWRIGHT 1964, SKIPPER 1965,

PALMER 1966, SPELMAN u.a. 1966, LEY/SPELMAN 1967, KORSCH 1968, 1972, FRANCIS u.a. 1969, JACOBS 1971, RASPE 1974, 1976 a,b, DEMLING u.a. 1975).

Das dargestellte Missverhältnis scheint zunächst über die Annahme auflösbar, dass das offensichtlich nur begrenzt zu befriedigende Informationsbedürfnis der Patienten in einer Fehleinschätzung der Expertenrolle des Arztes liege; dass Patienten dazu neigen, Eindeutigkeit und Absehbarkeit diagnostischer und therapeutischer Eingriffe in Krankheitsprozesse, die aufgrund eines nicht aufhebbaren Restes an Eigengesetzlichkeit ihrer Natur nach mit Unsicherheit behaftet sind, zu überschätzen und damit schon primär in ihren Bedürfnissen nach relevanter Information kaum zufriedenzustellen sind.

Dem widerspricht jedoch, dass einige Autoren zeigen konnten, dass Patienten tatsächlich häufig und überwiegend schlecht über ihre Krankheit und deren Zusammenhang Bescheid wissen, wobei sie noch eher über technische Aspekte klinischer Untersuchungen und Therapie Kenntnisse haben als über den Charakter der Krankheit, die Diagnose und die Prognose (PRATT, L. et al. 1957, KORSCH u.a. 1968, ENGELHARDT 1973, RASPE 1976).

Man kann daher in der weiteren Diskussion des Themas an dem empirischen Faktum anknüpfen, dass häufig auf seiten der Ärzte reale Diskrepanzen zwischen tatsächlich bestehendem Wissen und an den Patienten weitergegebener Information bestehen. DAVIS (1960) zeigte, dass auch bei sicherem Wissen die von ihm beobachteten Ärzte dazu neigten, gegenüber Polio-patienten und deren Angehörigen (bei einem Krankheitsbild, das bei monotonem Verlauf nahezu sichere prognostische Aussagen gestattet), Krankheitsinformationen zurückzuhalten, bzw. die Betroffenen über lange Zeiträume hin mit vagen Ausreden hinzuhalten. Mehrfach und besonders eindrucklich sind solche Strategien für die Gruppe der

Carcinimpatienten beschrieben worden (KÜBLER-ROSS 1969, GLASER/STRAUSS 1974).

1.4.5. Die strategische Bedeutung von Krankheitsinformation in der Beziehung zwischen Arzt und Patient

Es erscheint unmittelbar evident, dass Patienten ein Bedürfnis haben, sich mit ihrer Krankheit bekannt und vertraut zu machen. BALINT (1965, 47) schreibt, dass Patienten die "Frage nach dem Namen der Krankheit, nach der Diagnose" immer ein "grosses und dringendes Anliegen" sei; die Frage nach der Therapie sei erst von sekundärer Bedeutung.

Erklärungsbedürftig erscheint hingegen die Tatsache, dass Ärzte mit der Weitergabe von Krankheitsinformation so sparsam haushalten, dass die "klinische", dem "Krankheitsschicksal" anhaftende Unsicherheit eine Ergänzung und Steigerung erfährt durch eine "funktionale" (DAVIS 1960) Unsicherheit, die offenbar ein strukturelles Merkmal der Beziehung selbst ist und von seiten der Ärzte über Verweigerung von Orientierungsangeboten aktiv hergestellt wird.

In der Literatur finden sich im wesentlichen drei Argumentationsebenen auf der motivationalen und Beziehungsebene, über die jene Verhaltensregelmässigkeiten erklärt werden:

Zum ersten werden psychologische Gründe angeführt: der Umgang mit Schwerkranken mobilisiere eigene, unbewältigte Todesängste, die nur über die Strategien von Vermeidung und Kommunikationseinschränkung zu bändigen seien (KÜBLER-ROSS 1969, KÖHLE u.a. 1973).

Einen allgemeinen Begründungszusammenhang stellen ROSER und TESSEN (1970) her; im Rahmen sprachlicher Kommunikation stelle es ein allgemein beobachtbares Phänomen dar, dass der Mitteilung guter Nachrichten

gegenüber schlechten der Vorzug gegeben werde. Ähnlich argumentieren GLASER und STRAUSS, wenn sie behaupten, dass es aus einfühlbaren Gründen immer näherliege, eine Mitteilung dann zu unterlassen, wenn Zweifel hinsichtlich ihres Effektes und ihrer Auswirkungen bestünden.

SIEGRIST (1976) stellt die strukturellen Bedingungen der Situation in den Vordergrund: belastende Interaktionssituationen zwischen Arzt und Patient - etwa die Bitte um Information von seiten eines Schwerkranken - bedürften der "Neutralisierung", denn "nur auf diese Weise kann die Aufrechterhaltung einer Arbeitsbeziehung im üblichen normativen Rahmen eines Klinikbetriebes gewährleistet werden".

Ein dritter interpretativer Zugang argumentiert über den Charakter der Arzt-Patient-Beziehung als einer einseitigen Abhängigkeitsbeziehung: indem der Arzt das Informationsbedürfnis des Patienten steuere und nur partiell befriedige, sei er imstande, Macht auszuüben und aufrechtzuerhalten (WAITZKIN/STOECKLE: 1973, 1976) bzw. die Abhängigkeit des Patienten zu manipulieren und zu konservieren (DAVIS 1960).

Dass diese drei Aussagen zu den Beziehungsproblemen und Motivhintergründen, die mit der Weitergabe von Krankheitsinformation verbunden sind, untereinander keineswegs unverträglich sind, ist offenbar: subjektive Ängste, situative Determinanten und positionsgebundene Interessen können gleichermassen und zugleich verhaltenswirksam sein.

Wenn wir jedoch an der Charakterisierung der Arzt-Patient-Beziehung als einer wechselseitigen Abhängigkeitsbeziehung festhalten, dann wäre der letzte Aspekt weiter zu differenzieren: denn es scheint ja so zu sein, dass sich Krankheitsinformation als ein vom Patienten begehrtes Gut dafür anbietet, in Aushandlungsprozessen, wo es um die Definition und Aufrecht-

erhaltung der Rollen und des spezifischen emotionalen "Klimas" in der Beziehung geht, strategisch eingesetzt zu werden.

Hierbei - so nehmen wir an - muss der Arzt in doppelter Hinsicht Sorgfalt walten lassen: indem er seine Machtposition, die in der Entscheidungskompetenz über die Weitergabe relevanter Information liegt, durch sparsame Dosierung von Orientierungsangeboten an den Patienten aufrechterhält. D.h. in der Darstellung dieser Differenz verschafft sich die Macht des Arztes ihren intersubjektiv verstehbaren Ausdruck. Andererseits fordert das soziale Arrangement, diese Macht nicht als Ausdruck von Willkür interpretierbar werden zu lassen; der Arzt darf - will er sein Image nicht auf's Spiel setzen - sein Entgegenkommen gegenüber den Bedürfnissen des Patienten nicht so restriktiv organisieren, dass die Situation in ihrer Definition ("Salus aegroti suprema lex") ins Wanken geriete.

Die folgende Textinterpretation stellt den Versuch dar, die unterschiedlichen und zum Teil widersprüchlichen Aspekte der Beziehung zwischen Arzt und Patient anhand empirischer Materialien konkret werden zu lassen. Überlegungen zum methodischen Vorgehen, immer wieder neue Durchsicht der Visitenprotokolle und endlich auch reale Erfahrungen in der Rolle des Arztes waren während des Prozesses der Auswertung eng miteinander verknüpft und bedingten einander.

Der interpretative Ansatz bestimmte die Auswahl der mir relevant erscheinenden Passagen aus den sehr umfangreichen Materialien; durch die einmal gewählte Optik konnten nur einige wenige definierte und eingegrenzte typische Interaktionssituationen relevant werden, andere wurden systematisch ausgeblendet. Über die

Parteilichkeit in Hinblick auf die Setzung der inhaltlichen Schwerpunkte besteht kein Zweifel: das Interesse der Arbeit ist, zu einer reflexiven Distanzierung von der "typischen" Arztrolle beizutragen; dies setzt allerdings voraus, dass sich der Arzt zunächst einmal in der getroffenen Abbildung wiederfindet. - Dass sich die Patienten bereitwilliger mit dem hier entwickelten Verständnis der Beziehung zwischen Arzt und Patient in Einklang finden werden, scheint mir jedoch unbezweifelbar.

2. Untersuchungsgang und Methode

Das Kapitel enthält die folgenden Abschnitte:

- 1) Der Gegenstand der Untersuchung wird kurz umrissen
- 2) Eine Beschreibung des Untersuchungsfeldes schliesst sich an
- 3) Die Untersuchungssituation wird charakterisiert
- 4) Probleme bei der Aufbereitung der Tonbandprotokolle
zu schriftlichen Texten werden dargestellt
- 5) Es folgt die Darlegung der Auswertungstechnik

2.1. Der Gegenstand der Untersuchung

Gegenstand der Untersuchung sind Transkripte von 112 Personal-Patient-Kontakten an Werktagen routinemässig stattfindender chirurgischer und internistischer Stationsvisiten, aufgezeichnet mit Kleintonbandgeräten auf 4 Allgemeinstationen 3-er mittelgrosser (360-405 Betten) öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser Süddeutschlands. Oberarzt- und Chefarztvisiten wurden wegen ihres differenten Charakters in Organisation und Ablauf nicht in die Untersuchung einbezogen.

Die 112 Patienten bildeten eine unausgelesene Stichprobe aller im Untersuchungszeitraum (17 Tage) auf den Stationen befindlicher Patienten.

Von jedem Patienten wurden mindestens 1, maximal 5 Personal-Patient-Kontakte aufgezeichnet, so dass mit Abschluss der Untersuchung insgesamt 272 Personal-Patient-Kontakte vorlagen. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde von jedem Patienten nur 1 Kontakt (jeweils der erste aufgezeichnete) bei der Gesamtauswertung des Materials berücksichtigt.

Die Erkrankungen wurden nach 2 Kriterien charakterisiert und jeweils 3 Kategorien zugeordnet:

Schweregrad (1 = leicht, 2 = mittel, 3 = schwer) und

Prognose (1 = günstig, 2 = mittel, 3 = ungünstig).

Die Zuordnung zu den Kategorien trafen die behandelnden Ärzte.

Alle Patienten gehörten der Grundschrift (überwiegend ländliche Bevölkerung) an.

77 der 112 Personal-Patient-Kontakte wurden zwischen dem 1. und 15. Aufenthaltstag der Patienten aufgezeichnet.

Bei 38 Patienten wurde ein strukturiertes Interview durchgeführt. Materialien an den Interviews werden nur soweit dargestellt werden, als sie Probleme dieser Untersuchung unmittelbar berühren.

2.2. Die Krankenhäuser, die Stationen, die Patienten und das Personal

Die Untersucher verbrachten die gesamte Untersuchungszeit von 2 - 3 Wochen auf einer Station. Eigene Beobachtungen und Aufzeichnungen liegen über 2 Stationen - die chirurgische und eine internistische - vor. Diese sollen kurz dargestellt werden.

Die chirurgische Station:

Die chirurgische Station (Station 1) lag im alten Trakt des Krankenhauses. Die Krankenzimmer boten nur spärlichen Komfort. Die Patienten lagen in 2 Zweibett-Zimmern, 2 Vierbettzimmern sowie einem Saal, in den zeitweise bis zu 10 Betten geschoben wurden. Der äussere Rahmen war in jeder Hinsicht dürftig und karg. Das Stationszimmer war klein und eng, einzige Sitzgelegenheit der Stuhl am Schreibtisch. Die sozialen Kontakte zwischen Schwestern, Praktikanten und Ärzten spielten sich daher weitgehend in der Stationsküche ab.

Trotz der unkomfortablen Verhältnisse herrschte eine heitere, wenig gespannte Atmosphäre, die auch dadurch nicht erschüttert wurde, dass durch Renovierungsarbeiten auf dem Korridor zeitweise störender Lärm und zusätzliche Belästigungen für das Personal und die Patienten entstanden. Am späten Vormittag erschien gewöhnlich der Stationsarzt in Begleitung des Medizinalassistenten im Stationszimmer, um nach Besprechung der aktuellen Ereignisse und Vorfälle auf der Station die Visite zusammen mit der Stationsschwester zu beginnen. Während der Visite wurden immer auch die Verbände der Operierten gewechselt.

Auf der Station lagen nur wenige Schwerkranke, die meisten Patienten waren jung. Von den Erkrankungen her liessen sich 2 grössere Gruppen von Patienten unterscheiden: Zum einen die Gruppe der einbestellten Patienten, die meist wegen Hernien oder Strumen von ihrem Hausarzt eingewiesen worden waren. Zum anderen Patienten mit Knochenbrüchen, Prellungen oder leichten Gehirnerschütterungen, meist infolge von Arbeits-, seltener von Sportunfällen.

Drei ältere Patienten kamen zur Operation wegen einer Hüftgelenksarthrose. Wir sahen nur 3 Schwerkranke: Ein 62-jähriger Patient mit einem metastasierten Magenkarzinom, der wegen Inoperabilität nach wenigen Tagen wieder entlassen wurde, ein junger Patient, der nach einem schweren Autounfall auf seine Überweisung in eine Rehabilitations-Klinik wartete, und ein alter Mann, der nach einem Sturz eingeliefert wurde und nach einigen Tagen verstarb.

Die Visite wurde von den Ärzten ohne Mitführen der Kurven durchgeführt, auffällige Laborwerte und Ergebnisse diagnostischer Untersuchungen wurden vor der Visite im Schwesternzimmer durchgesprochen. Die Hauptfunktion der Visite bestand im Verbinden der Patienten.

Während des Verbandwechsels sprachen der Stationsarzt und die Patienten zusammen; der Medizinalassistent verfolgte die Gespräche, in die sich die Stationsschwester häufig einschaltete, meist schweigend. Ziel des Teams schien zu sein, die Visite möglichst schnell "durchzuziehen" - alle halfen bei den manuellen Tätigkeiten -, um möglichst bald wieder in den Operationstrakt oder zu anderen Tätigkeiten zurückzukehren. Die Ärzte hielten sich nur zur Zeit der Visite und kurzfristig während des späten Nachmittags zur Absprache des Operationsprogramms für den nächsten Tag auf der Station auf.

Die internistischen Stationen:

Nur eine internistische Station kann aufgrund eigener Beobachtungen beschrieben werden. Der Ablauf der Visite sowie die Zusammensetzung der Patienten weist jedoch eine gewisse Einheitlichkeit auf den 3 untersuchten Stationen auf. Es handelt sich um Frauenstationen.

Auf Station 3 begann die Visite am mittleren Vormittag und dauerte häufig bis nach 13 Uhr. Die Station war in 2 Hälften mit je eigenem Stationsarzt und gemeinsamen Pflegepersonal unterteilt.

Wenn nicht dringende Untersuchungen oder Neuaufnahmen anstanden, wurde die gesamte Visite von den 2 Stationsärzten und dem Medizinalassistenten gemeinsam durchgeführt. Die Stationsschwester (gelegentlich noch eine 2. Schwester) war regelmässig an der Visite beteiligt und hatte ihre feste Rolle inne, die im Notieren der Verordnungen, Heranreichen der Kurvenblätter und Heraussuchen eventuell erforderlicher Röntgenbilder bestand.

Der Therapieplan, das diagnostische Programm sowie alle akut anfallenden, den Patienten betreffenden Probleme wurden im Rahmen der Visite durchgesprochen. So hatte die Visite den Charakter einer ausführlichen Arbeitsbesprechung, in die die Patienten vom Team bei Bedarf integriert wurden. Die Gespräche verliefen in sehr

sachlichem und nüchternem Ton, die Erörterungen am Krankenbett zogen sich oft in lähmender Gründlichkeit und Ausführlichkeit hin. Ein Rivalisieren der Ärzte untereinander sowie die ironische Demonstration von Überlegenheit seitens der alten Stationsschwester, die ihre Skepsis gegenüber der Kompetenz der jungen Ärzte nicht selten auch vor den Patienten in Form versteckter oder offener Kritik zur Kenntnis gab, fügte dieser trockenen Atmosphäre noch ein Stück aggressiver Gespanntheit hinzu.

Nicht zuletzt wirkte sich auch der Altersdurchschnitt der Patientinnen (er lag bei 60,8 Jahren, 19 der 32 Patientinnen waren 65 Jahre und älter) bedrückend aus. Es blieb nicht verborgen, dass sich der therapeutische Enthusiasmus der Ärzte und Schwestern gegenüber den sog. "Pflegefällen" in Grenzen hielt. Mehrere der alten Patientinnen "blockierten" dringend benötigte Betten der Station, da sich eine Verlegung in Pflegeheime, die ebenfalls überfüllt waren, oft über Wochen hinzog. Chronische Verläufe, wie Herz-Kreislaufkrankungen und Altersdiabetes und allgemeiner körperlicher Verfall prägten bei einem Grossteil der Patientinnen das Krankheitsbild. In 6 Fällen lag ein Karzinom vor bzw. wurde eine Tumordiagnostik durchgeführt. Das Therapieziel begrenzte sich meist auf die Herstellung oder Wiederherstellung eines kompensierten Zustandes, der eine Entlassung und ambulante Weiterbehandlung gestattete. Therapeutisches Handeln der Ärzte beschränkte sich hier auf kontinuierliche Verlaufskontrollen bei medikamentöser Einstellung oder Neueinstellung.

7 der Patientinnen waren in schlechtem Allgemeinzustand (hoher Schweregrad) mit ungünstigem prognostischem Verlauf; 6 hatten schwere, zum Tode führende Krankheiten, befanden sich jedoch im Zeitraum unserer Untersuchung noch in relativ gutem Befindenzustand.

Obwohl die Funktionsräume und die Krankenzimmer modern und komfortabel ausgestattet waren, lag meist eine lethargische Stimmung über der Station. In fast jedem Zimmer lag eine schwerkranke Patientin, die Kontakte der Kranken untereinander hielten sich in engsten Grenzen; Patientinnen, die nicht bettlägerig waren, hielten sich, soweit möglich, nicht in den Krankenzimmern sondern in einer grossen Vorhalle, in der Sitzgruppen standen, auf.

Die beiden anderen internistischen Stationen wiesen strukturell ähnliche Merkmale auf: Auch hier lag das Durchschnittsalter hoch: Auf Station 2 bei 67,3 Jahren, bei 63,5 Jahren auf Station 4. 13 der 17 Patientinnen auf Station 2 waren 65 Jahre und älter (15 von 23 auf Station 4). Ebenso war der Anteil der Schwerkranken hoch: 9 von 17 auf Station 2, 10 von 23 auf Station 4.

Auf diesen Stationen wurde die Visite, wie sich aus den Tonbandaufzeichnungen unschwer entnehmen liess, mit grossem Zeitaufwand im Stil einer Besprechung am Krankenbett durchgeführt.

Beim ärztlichen Personal handelte es sich durchweg um junge Assistenzärzte in den ersten Jahren der Facharztausbildung. 3 Mediziner absolvierten noch ihre Medizinalassistentenzeit. Nur der Stationsarzt der chirurgischen Station war etwas älter und stand kurz vor Abschluss seiner fachärztlichen Weiterbildung.

Der Übersichtlichkeit halber seien an dieser Stelle noch 2 Tabellen zu den wichtigsten Patientenmerkmalen eingefügt:

Tab. 1: Übersicht über Zahl und Alter der Patienten auf den 4 untersuchten Stationen:

	Patienten	Alter	davon 65 und darüber
Station 1 (Chirurgie)	40	43,3	7
Station 2	17	67,3	13
Station 3	32	60,8	19
Station 4	23	63,5	15

Tab. 2: Übersicht über Schweregrad und Prognose der Erkrankungen bei den untersuchten Patienten:

	Station 1	Station 2	Station 3	Station 4
Schw. / Progn.				
3 / 3	2	5	7	4
3 / 2	—	3	1	—
2 / 3	—	1	6	6
2 / 2	5	6	10	9
2 / 1	1	1	1	1
1 / 2	4	1	1	—
1 / 1	27	—	3	3
? / ?	1	—	3	—

Tab. 2 macht noch einmal deutlich, dass alle internistischen Stationen einen verhältnismässig höheren Anteil Schwerkranker versorgten als die chirurgische Station. Erwartungsgemäss bestand ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und dem Schweregrad sowie der Prognose ihrer Erkrankung.

2.3. Die Untersuchungssituation

Beabsichtigt war, routinemässige Stationsvisiten in ihrem "natürlichen" Ablauf möglichst präzise zu dokumentieren. Wir benötigten daher ein Instrument, das die wesentlichen sozialen Ereignisse speicherte, ohne selbst allzusehr als Störfaktor zu wirken. Hierfür boten sich Kleintonbandgeräte, die von den Untersuchern unauffällig mitgeführt werden konnten, als geeignet an. An 5 Arbeitstagen wurde auf den einzelnen Stationen aufgezeichnet, so dass ein Patient die Chance hatte, auch mehrmals im sprachlichen Kontakt mit dem Visitenteam festgehalten zu werden. Wir bereits erwähnt, bezogen wir im nachhinein jeweils nur einen Personal-Patient-Kontakt (den ersten dokumentierten) in die Untersuchung ein.

Die Aufzeichnung wurde von 2 Medizinern besorgt (M. B.-D. und H.H. Raspe), was sich insofern bewährte, als anfangs meist Misstrauen gegenüber dem "indiskreten" Instrument spürbar war und gelegentlich von seiten des Personals - niemals von seiten der Patienten - auch zur Sprache kam.

2.4. Die Aufbereitung des Tonbandmaterials

Die schriftlichen Aufzeichnungen der Personal-Patient-Kontakte vom Band wurden ebenfalls von den beiden Untersuchern durchgeführt: Nur so war eine eindeutige Identifizierung aller Sprecher nachträglich noch sicher möglich. Der Materialverlust war gering. Lücken waren meist in der face-to-face-Situation selbst entstanden, so etwa durch unverständliches Reden, auf das keine Rückfrage erfolgt war. Auch simultanes Sprechen mehrerer Beteiligten war gelegentlich ex post nicht mehr zu entflechten.

Es versteht sich, dass mit der Beschränkung auf gesprochenes Material eine erhebliche Reduktion auf mehreren Dimensionen einhergeht: Betonungen, zeitlicher Abstand zwischen den Äusserungen, paraverbale Mitteilungen (Seufzen, tiefes

Atmen, Blickkontakte etc.); Ebenen, auf denen Wesentliches mit "zur Sprache kommt", lassen sich nicht bewahren. Besonders eindruckliche Gesprächspassagen wurden mit szenischen Anmerkungen versehen: Unterbrechungen eines Sprechers durch einen anderen, Weinen oder Lachen. Satzgrenzen und Interpunktionen wurden im Zuge der Niederschrift, entsprechend dem Sinn des Textes gesetzt.

2.5. Die Auswertung der schriftlichen Protokolle

1) Quantifizierung

Zunächst wurden die einzelnen gesprochenen Sätze ausgezählt und pro Sequenz aufaddiert. Über die Quantifizierung des Materials wurden die Voraussetzungen für eine formale Analyse der Visitenprotokolle geschaffen.

2) Auswertung nach inhaltlichen Kategorien (inhaltsanalytischer Teil)

Bei der Inhaltsanalyse der Protokolle ging es um zwei zusammenhängende Fragestellungen:

1. Über welche krankheitszentrischen Inhalte informieren Ärzte und Schwestern die Patienten während der Visite?
2. Wie sind diese Informationen in das Gesamt der sprachlichen Kommunikation eingebettet?

In Hinblick auf beide Aspekte wurden je differente Kategorien gebildet. In einem doppelten "rating" wurden die Sätze zunächst danach qualifiziert, ob sie Information im relevanten Sinne enthielten; wenn dies der Fall war, wurden sie den thematischen Kategorien und in einem zusätzlichen 2. Schritt den kontextbezogenen Kategorien zugeordnet.

a) Die inhaltlichen Kategorien

Bei der Auswahl der inhaltlichen Kategorien wurde versucht, so erschöpfend und ausschliessend, wie möglich alle krankheitsbezogenen Äusserungen des Personals im Rahmen der Visite zu kennzeichnen und quantitativ erfassbar zu machen. Wir bildeten 10 Kategorien, die nachfolgend aufgeführt sind:

1. Allgemeine Informationen zur Krankheit (Charakter, Entstehung, Diagnose)
2. Geplante und angewandte Therapie und ihre Ziele während des stationären Aufenthaltes, therapeutische Verhaltensanweisungen
3. Nebentbefunde und akut auftretende Beschwerden während des klinischen Verlaufs
4. Vorgesehene klinische Untersuchungen und Kontrollen
5. Untersuchungsergebnisse
6. Klinische Prognose: mögliche Komplikationen, weiterer Verlauf während des Krankenhausaufenthaltes
7. Klinische Prognose: poststationäre weiterführende Therapie und Kontrolle. Langfristiger Krankheitsverlauf. Rehabilitationsprobleme.
8. Soziale Prognose: Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit; Krankheitsfolgen, die die soziale Umgebung des Kranken betreffen (Familie, Beruf etc.); somatische, psychische und soziale Stigmatisierung des Patienten
9. Voraussichtliche Aufenthaltsdauer, geplante Entlassung
10. Verlegung
11. Residualkategorie

b) Die kontextbezogenen Kategorien

Neben der Erfassung der Inhalte erschien uns ein 2. Gesichtspunkt von Interesse: wie die Informationen enthaltenden Äusserungen im Kontext der Gesprächssituation erscheinen.

Es wurden 3 Kategorien gebildet:

1. Reaktive, an den Patienten gerichtete Information

Hierunter verstehen wir Äusserungen von Ärzten (und Schwestern), die krankheitsbezogene Informationen enthalten, wobei das Thema vom Patienten initiiert wurde. Diese Initiative ist meist in Form einer Frage gekleidet, es wurden aber auch jene Informationen enthaltende Sätze des Personals hier eingeordnet, in denen zwar formal vom Patienten kein Fragesatz voranging, dieser jedoch das Thema von sich aus initiiert hatte.

2. Initiative, an den Patienten gerichtete Information

Hier thematisiert das Personal spontan krankheitsbezogene Inhalte ohne Initiierung durch den Patienten.

In beiden Fällen wird mit dem Patienten gesprochen.

3. Implizite Information

Hierunter fallen alle Äusserungen von Ärzten und Schwestern, die - während der Visite und im Beisein der Patienten gesprochen - Krankheitsinformation enthalten.

Es wird zwar nicht mit dem Patienten sondern über ihn gesprochen, er ist nicht der unmittelbare Adressat im Gespräch, er kann dem Gespräch aber Krankheitsinformationen entnehmen.

Über die inhaltlichen Kategorien qualifizieren wir die einzelnen Sätze der Ärzte und Schwestern anhand der in ihnen enthaltenen Information ohne Berücksichtigung des Gesamtkontextes, in dem sie stehen. Über die kontextbezogenen Kategorien soll der Versuch gemacht werden, das Gespräch zwischen Visitenteam und Patient ein Stück weit als interpersonelles Geschehen zu beschreiben, indem wir das Aufeinander-Bezogen-Sein der Sprecher im Hinblick auf die krankheitszentrierten Inhalte mit zum Gegenstand der Beschreibung machen. Über diesen Zugang erhalten wir einen Aufschluss über den kommunikativen Zusammenhang, in dem Information vom Personal zum Patienten fließt (und damit auf indirektem Wege über die Qualität der Beziehung).

Aus der Perspektive des Personals betrachtet, nimmt die Orientierung am und das Sich-Beziehen auf den Patienten über die 3 Kategorien hin kontinuierlich ab: während bei der reaktiven Information der Arzt mit einer Initiative des Patienten umgehen muss, nimmt der Patient bei der initiativen Information eine passiv-rezeptive Rolle ein. Hier wird die Entscheidung zu informieren nur durch den Arzt getroffen, nicht durch manifeste sprachliche Vorgänge in der Interaktion in die Wege geleitet. Bei der impliziten Information ist der Patient, was seine Aktivität betrifft, ausgeschlossen, nur indirekter Adressat der Mitteilungen des Personals.

3. Ergebnisse

3.1. Formale Charakteristik der Personal-Patient-Kontakte

Folgende Fragen sollen anhand der Visitenprotokolle beantwortet werden:

1. Wie lässt sich ein Personal-Patient-Kontakt aus der Perspektive des Beobachters beschreiben?
2. Wie verteilt sich die Gesamtredeaktivität auf die beteiligten Sprecher?
3. Welche Konsequenzen ergeben sich für den Personal-Patient-Kontakt aus der Tatsache, dass in der Regel im Rahmen der Stationsvisite zwei und mehrere Mitglieder des Visitentams einem Patienten gegenüber treten?
4. Wie sind die Sprechaktivitäten der Teilnehmer aufeinander bezogen?
5. Zeigen die Sprechaktivitäten eine Abhängigkeit von den Patientenmerkmalen Alter, Schweregrad und Prognose sowie vom Stationsmilieu?

3.1.1. Der Personal-Patient-Kontakt als übergeordnete analytische Einheit

Der Ablauf der Stationsvisiten vollzog sich nach beobachtbaren feststehenden Regeln. Die Visiten auf Allgem einstationen sind typischerweise in der Form organisiert, dass das Visitenteam sich in das Krankenzimmer und an das Bett jedes einzelnen Patienten begibt, um hier, am Bett, ein krankheitsbezogenes Gespräch mit und über den Patienten zu führen. Daneben werden die Kranken durch den Arzt kleineren körperlichen Untersuchungen unterzogen (Perkussion, Auskultation), in der Chirurgie häufig auch die Verbandswechsel durchgeführt.

Die Visite setzt sich zusammen aus Bewegung - dem Von-Bett-zu-Bett-Gehen durch die Krankenzimmer - und Verharren am Bett des Kranken, wo gesprochen wird. Dies ist ein so festgefügtes Ritual, dass auch Patienten, die nicht bettlägerig sind, sich zum Zeitpunkt der Visite in ihr Bett begeben oder zumindest auf den Bettrand setzen, um hier das Team zu erwarten. Auch wir konnten dies allgemein beobachten.

Jeder Patient wurde der Reihe nach "verhandelt" und die anstehenden Probleme wurden am Bett besprochen, erst dann wandten sich Ärzte und Schwestern dem nächsten Patienten zu.

Nicht nur das Personal, das als "Insider" um diese Struktur weiss und sie ja ~~auch~~ immer wieder aktiv herstellt, sondern auch die Patienten halten die bestehenden Regeln der Visite streng ein: kaum einmal schaltete sich ein Patient in das Gespräch des Teams mit einem Bettnachbarn ein. Auch kam es nie vor, dass ein Patient, bei dem die Visite bereits vorbeigegangen war, den Arzt oder die Schwester noch einmal zu sich rief. Hatte sich das Team an das nächste Bett begeben oder war im Begriff, das Zimmer zu verlassen, so schien - in der Interpretation der Situation durch den Patienten - die nächste Gelegenheit zu sprechen erst die Visite des folgenden Tages zu sein.

Diese Struktur gestattet es, die einzelnen Personal-Patient-Kontakte gegeneinander sicher abzugrenzen und als in sich geschlossene Interaktionen eindeutig zu identifizieren.

Wir können davon ausgehen, dass ein Personal-Patient-Kontakt zeitlich: einmal während der Visite, räumlich: am Bett des Patienten und personell: zwischen einem Patienten und dem Visitenteam stattfindet.

3.1.2. Anteil der Sprecher an der Gesamtsprechaktivität

Die Gesamtzahl der während der einzelnen Personal-Patient-Kontakte gesprochenen Sätze schwankte stark:

Stat. 1 (N=40): 5 - 65 Sätze
Stat. 2 (N=17): 14 - 142 "
Stat. 3 (N=32): 14 - 152 "
Stat. 4 (N=23): 13 - 112 "

Dagegen weisen die quantitativen Anteile der Sprecher am Gesamt der gesprochenen Sätze - auch im Stationsvergleich - eine hohe Konstanz auf (s. Tab. 3).

Tab. 3: Anteil der gespr.Sätze, bezog. auf Stat. u.Sprecher
(in %)

	Patient	Personal +)	andere
Station 1	33,8	65,4	0,8
Station 2	34,6	64,0	1,4
Station 3	23,8	76,1	1,4
Station 4	35,0	64,7	0,4

Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Gesamtkommunikation werden von den Patienten getragen, zwei Drittel bis drei Viertel werden vom Personal bestritten.

3.1.3. "Zweigleisigkeit" als typisches Merkmal des Gesprächsverlaufs

Wenn wir versuchen, die Struktur eines Personal-Patient-Kontaktes systematisch zu beschreiben, dann zeigt sich, dass dieser in der Regel aus zwei ineinander verwobenen Gesprächssträngen besteht: einem Strang, der die Kommunikation zwischen Personal und Patient beinhaltet und einem zweiten Strang, der sich zusammensetzt aus der Kommunikation des Personals untereinander. Anders beschrieben heisst das: es wird sowohl mit dem Patienten gesprochen als auch über ihn verhandelt.

Hierzu ein Beispiel:

P 1/1/1/44, Station 1, Chirurgie:

- 1 A2: Das war ein Ausschlag!
2 A1: Das ist Herr T., ja?
3 P : (unverst.)
4,5 A2: Jetzt ist es weg, ja. Das war Bactrim.
6 A1: Jaja, wahrscheinlich neue
7 A2: (unterbricht) Bactrim war das.
8 A1: Bekommt er Avil oder was?
9 S : Jaja.
10 A1: Hat's gejuckt?
11 P : Ja.
12 A1: Juckreiz?
13 P : Jetzt weniger.
14,15 A1: Jetzt weniger, ja. - Dann kann man ihm
 Cortison spritzen.
16 S : Ja.

An diesem Personal-Patient-Kontakt sind vier Personen beteiligt: zwei Ärzte, der Patient und die Schwester. Wenn wir die Richtung beschreiben, in die die einzelnen Äusserungen zielen, d.h., wer mit jedem Satz angesprochen wird, dann lässt sich das graphisch wie folgt darstellen (Spitze des Pfeiles weist auf den Adressaten, das Pfeilende auf den Sender):

Abb. 1: Graphische Darstellung eines Personal-Patient-Kontakts:



Das Gespräch besteht aus 6 Elementen: 1) Der erste Satz bleibt ohne Reaktion im Raum stehen. 2) Satz 2 und 3 werden zwischen A1 und P gewechselt. 3) Dann greift A2 nochmals den Inhalt von Satz 1 auf, wendet sich dabei an A1, erhält von diesem eine Antwort, unterbricht ihn und spricht dann den letzten Satz dieser Sequenz (4,5,6,7). 4) Darauf folgt eine Kommunikation in zwei Sätzen zwischen A1 und S (8,9). 5) Dann wendet sich A1 wieder dem Patienten zu, der ihm antwortet, Diese Sequenz verläuft über 5 Sätze (10,11,12,13,14). 6) Es folgen zwei abschliessende Sätze zwischen Arzt und Schwester (15,16).

Der obigen Zweiteilung folgend, lässt sich dieser Personal-Patient-Kontakt untergliedern in 7 zwischen Arzt und Patient und 9 zwischen dem Personal gewechselte Sätze.

Drei Varianten sind möglich und empirisch auffindbar, wenn mindestens drei Personen (einschliesslich des Patienten) in einen Personal-Patient-Kontakt involviert sind:

1. Das Personal spricht nur mit dem Patienten und nicht untereinander
2. Das Personal spricht mit dem Patienten und untereinander
3. Das Personal spricht nicht mit dem Patienten und nur untereinander

Über die 112 erhobenen Personal-Patient-Kontakte ergibt sich folgende Verteilung:

Form 1: 21
Form 2: 90
Form 3: 1

Die Struktur der "zweigleisigen" Gesprächsführung dominiert deutlich gegenüber den beiden anderen Formen, die jeweils einen Partner ganz ausschliessen.

Drehpunkt und Motor dieses Gesprächs auf zwei Ebenen ist der Arzt; präziser gesagt, der Stationsarzt, der die Visite leitet. Bestand das Visitenteam aus mehreren Ärzten, dominierte immer nur ein Arzt. Auf Station 3, wo eine noch unerfahrene Stationsärztin häufig Unsicherheit erkennen liess, versuchten der zweite Arzt und die Stationsschwester während aller Visiten, sie aus ihrer leitenden Rolle zu drängen. Dies führte zu ständigen Spannungen, Missverständnissen und Konflikten auf seiten der Beteiligten.

3.1.4. Wie sich die Sprechaktivitäten der Beteiligten aufeinander bezogen

Die vom Visitenteam und von den Patienten geäusserten Sätze sind in Abb. 2 a,b,c,d jeweils für die vier untersuchten Stationen dargestellt. Und zwar vergleichend die Gesamtredeaktivität einerseits (in der Abb. links) und ausschliesslich der Umfang der Personal-Patient-Kommunikation andererseits (in der Abb. rechts).

In diesen Darstellungen treten mehrere typische Eigenschaften der Sprechsituation zu Tage:

1) In sämtlichen 112 Personal-Patient-Kontakten ist der Umfang der von den Patienten geäusserten Sätze niedriger als der Umfang der vom Personal gesprochenen Sätze.

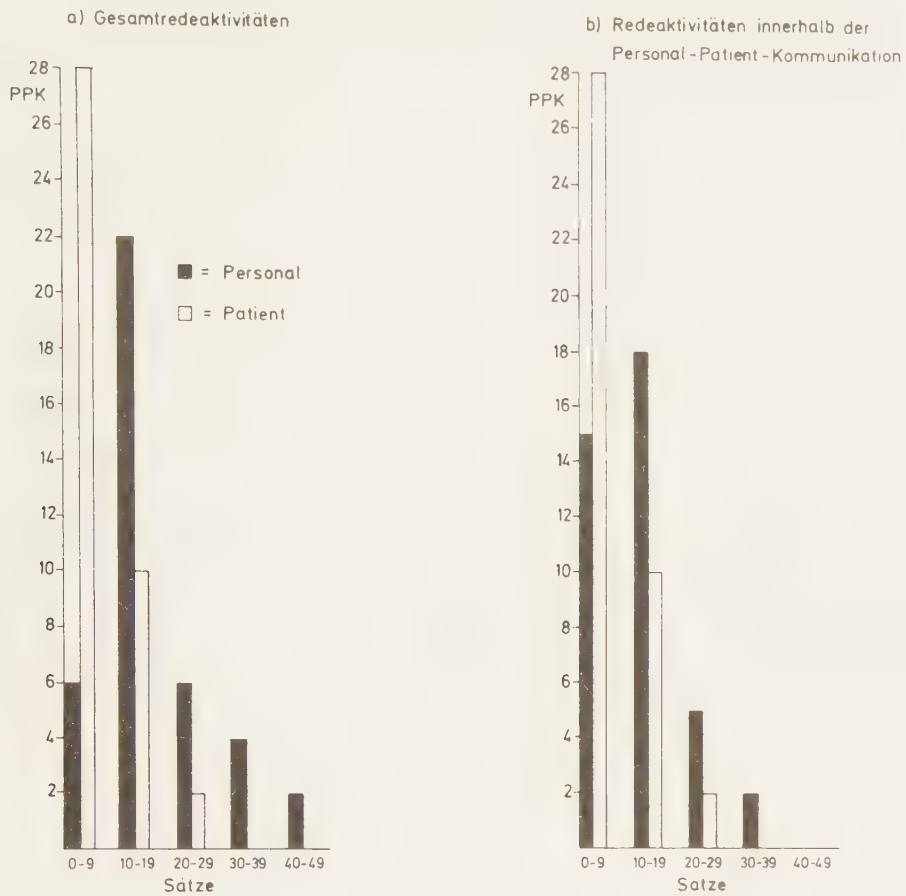
Besonders deutlich ist dies bei den internistischen Stationen 3 und 4: auf Station 3 liegen 100 % der Gesamtredeaktivität der Patienten im Bereich zwischen 0 und 49 Sätzen, während sich nur in etwas mehr als der Hälfte der Personal-Patient-Kontakte die Gesamtredeaktivität des Personals auf dieses Intervall beschränkt (17 gegenüber 15 Personal-Patient-Kontakten).

Die Variationsbreite der Kommunikationsumfänge auf seiten des Personals ist mehr als doppelt so gross (zwischen 0 und 100 Sätzen). Eine weitgehend ähnliche Struktur weist Station 4 auf, etwas geringer ausgeprägt findet sie sich auf Station 2.

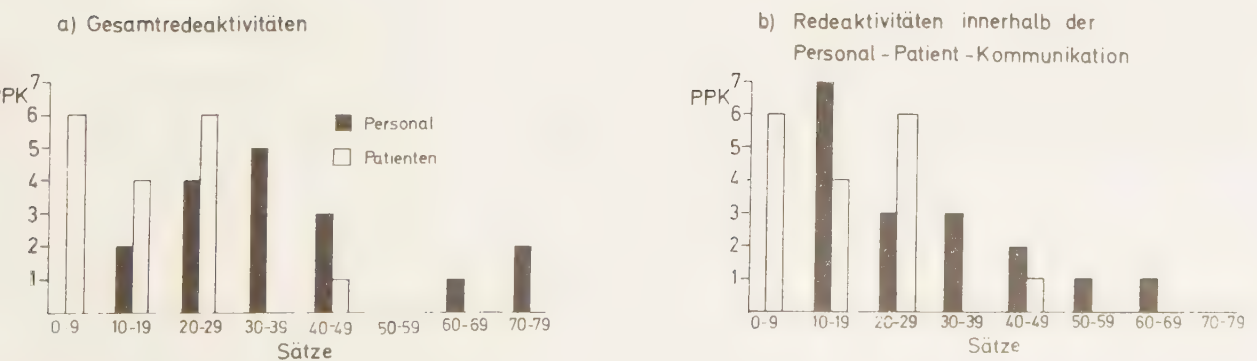
Auf der Chirurgischen Station 1 dagegen setzt sich dieses Muster nur in geringem Ausmass durch.

Abb. 2: Sprechaktivitäten (in Sätzen) von Personal und Patienten, bezogen auf die einzelnen Personal-Patient-Kontakte, dargestellt für die einzelnen Stationen

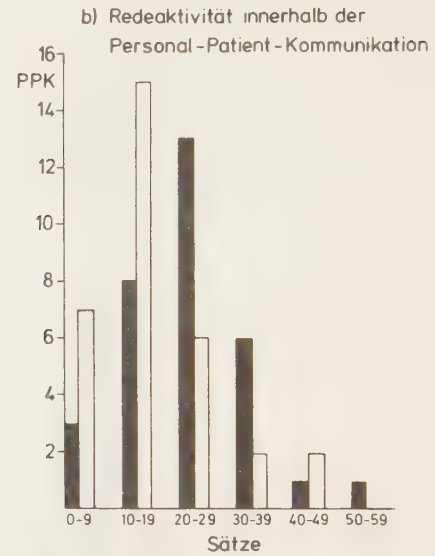
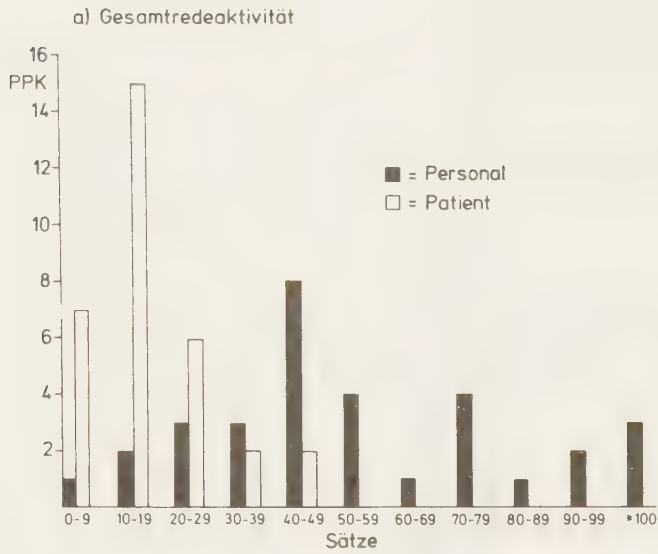
a) Station 1 (N = 40 Personal-Patient-Kontakte)



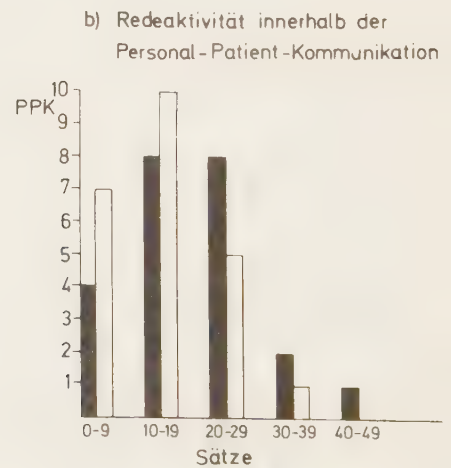
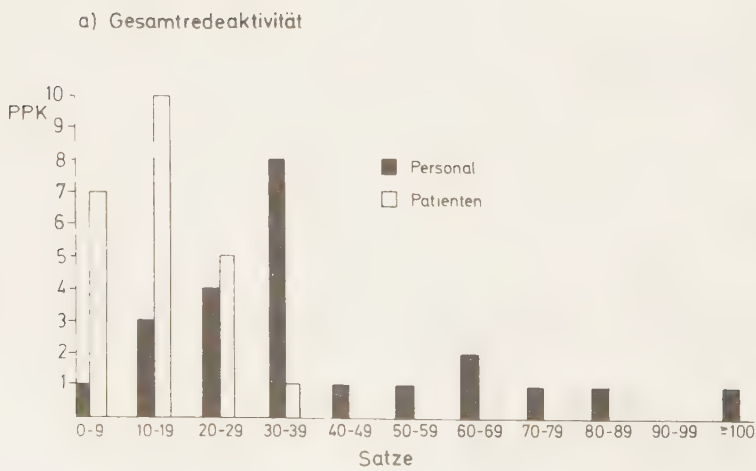
b) Station 2 (N = 17 Personal-Patient-Kontakte)



c) Station 3 (N = 32 Personal-Patient-Kontakte)



d) Station 4 (N = 23 Personal-Patient-Kontakte)



2) Die Beobachtung, dass das Personal durchgängig sprachlich aktiver ist, bestätigt sich auch dann, wenn wir nur den Gesprächsstrang Personal-Patient in Betracht ziehen (rechte Seite der Abb.).

Dies gilt für alle Stationen, am wenigsten deutlich setzt sich diese Tendenz auf Station 2 durch.

3) Für die Personal-Patient-Kommunikation gilt, dass eine eindeutig positive Korrelation zwischen dem Umfang der vom Personal gesprochenen Sätze und dem Umfang der von den Patienten geäußerten Sätze besteht (s. Abb. 3a und b).

Am deutlichsten zeigen sich die korrelativen Zusammenhänge auf den Stationen 1 (Chirurgie) und 4. Aber auch auf den anderen Stationen weist der Trend in Richtung einer Anpassung.

4) Bei bestehender positiver Korrelation zwischen dem Umfang der Redeaktivitäten von Personal und Patienten muss die breite Variabilität im Bereich der Gesamtredeaktivität des Personals im Bereich der Kommunikation des Personals untereinander angesiedelt sein.

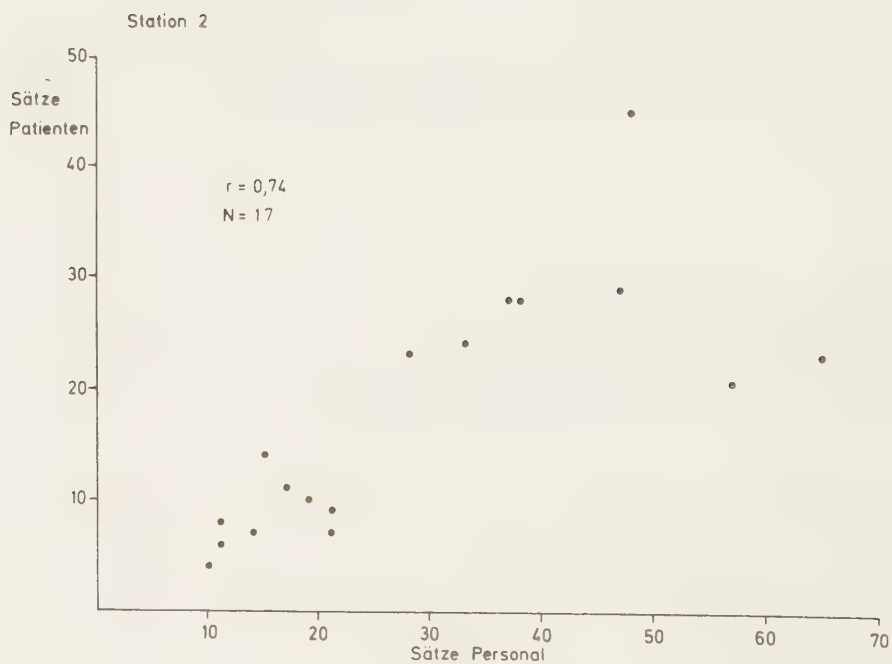
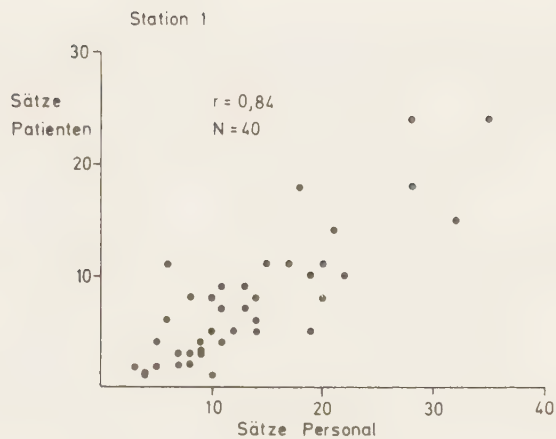
3.1.5. Zusammenhänge zwischen Stationsmilieu, Alter, Prognose, Schweregrad der Erkrankung der Patienten und formalen Eigenschaften der Kommunikation

1) Für keine Station liessen sich signifikante Zusammenhänge zwischen der Gesamtredeaktivität und dem Umfang der Personal-Patient-Kommunikation einerseits und den Patientenvariablen Alter, Schweregrad und Prognose andererseits nachweisen.

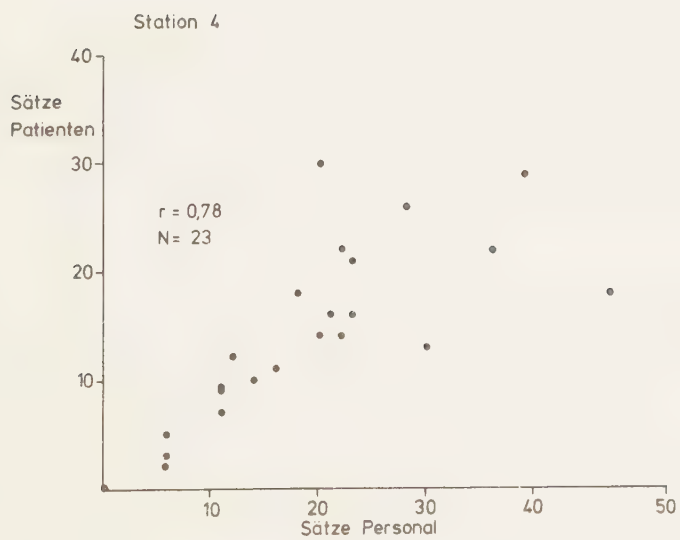
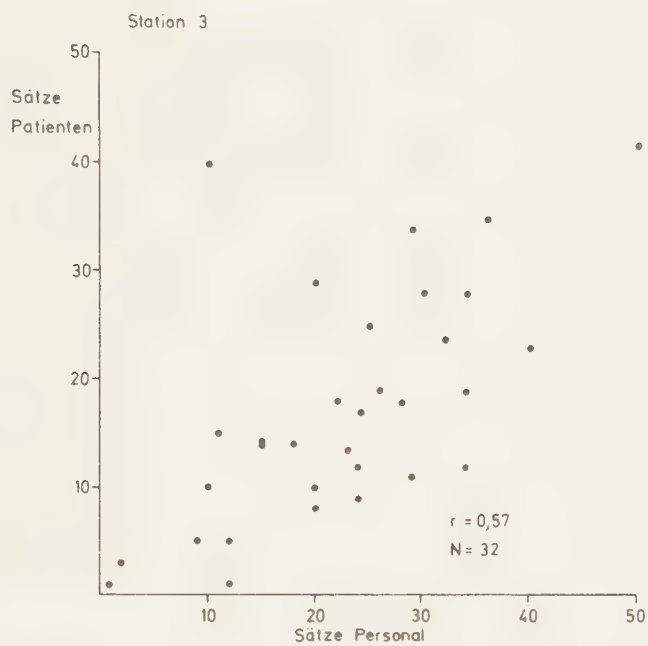
2) Für die internistischen Stationen liess sich zeigen, dass der Anteil der Personalkommunikation an der Gesamtrede-

Abb. 3: Korrelative Zusammenhänge zwischen Redeaktivität des Personals und Redeaktivität der Patienten, dargestellt für die einzelnen Stationen

a) Station 1 und 2



b) Station 3 und 4



aktivität des Personals mit zunehmend schlechter Prognose ($p < 0,01$ errechnet nach χ^2) - und steigender Schwere der Erkrankung ($p < 0,05$ errechnet nach χ^2) zunimmt. Das heisst: je schwerer die Patienten erkrankt waren, desto extensiver verhandelte das Visitenteam am Bett über sie, ohne dass der Umfang der Kommunikation mit dem Patienten einen parallelen Anstieg zeigte.

3) Absolut und relativ die meisten Personal-Patient-Kontakte, während derer ausschliesslich mit dem Patienten gesprochen wurde, fanden sich auf der chirurgischen Station (insgesamt 14). Dies lag daran, dass hier die Visite überwiegend in der Durchführung von Verbandswechsel und Kontrollen, weniger in der Planung von Diagnostik und Therapie bestand.

3.2. Inhaltliche Charakteristik der Personal-Patient-Kontakte

Dieser Teil gliedert sich in mehrere Abschnitte folgenden Inhalts:

1. Die kontextbezogenen Kategorien werden zunächst exemplarisch definiert.
2. Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung nach kontextbezogenen Kategorien werden dargestellt.
3. Die Darstellung der Auswertung nach kontextbezogenen und inhaltlichen Kategorien schliesst sich an.
4. Eine weitere Auswertung nach kontextbezogenen Kategorien soll einen Einblick in die Dynamik der Gesprächssituationen geben.
5. Es folgen Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Information und Interaktionsstruktur: die mit den über die kontextbezogenen Kategorien ermittelten Informationsarten verbundenen Interaktionsmuster und -probleme werden dargestellt.

Dieser Abschnitt gliedert sich wiederum in drei Unterabschnitte:

- 1) Initiative Information
- 2) Reaktive Information
- 3) Implizite Information

3.2.1. Exemplarische Definition der kontextbezogenen Kategorien

An typischen Beispielen aus den Visitenprotokollen sollen der Anschaulichkeit halber die kontextbezogenen Kategorien zunächst exemplarisch definiert werden:

a) initiative Information

Diese wurde definiert als Krankheitsinformation, die der Arzt spontan thematisiert.

Beispiel: P 1/4/1/o2

Kontext: Die Patientin hatte während des stationären Aufenthaltes eine Medikamentenallergie entwickelt, die während den vorangegangenen Tagen wieder abgeklungen war.

A: Sie glauben uns ja nun jetzt auch, dass Sie ... dass das nichts Ansteckendes war.

P: Nein!

A: Das kam nur von dem Medikament ...

P: (Unverst.)

A: (unterbricht) ... Nun, Sie sollten sich merken, das war ein Penicillin-Präparat.

P: Hm.

A: Zu Hause sollten Sie möglichst kein Penicillin mehr nehmen. Und wenn Sie mal eine Lungenentzündung haben, sagen Sie Ihrem Hausarzt lieber - das ist eine Vorsichtsmassnahme -, dass Sie überempfindlich sind dagegen. Das müssen Sie sich merken! Nicht?

P: Hm. Ist gut.

A: Gut - denn sonst kann es sich nächstes Mal nicht nur auf die Hauterscheinungen beschränken. Dann kann es schlimmer werden.

P: Hm.

b) reaktive Information

Sie wurde definiert als die Form von Information, die auf eine Initiative des Patienten hin (meist eine Frage) erfolgt.

Beispiel 1: Frage P 1/4/1/39

Kontext: Die Patientin soll am Tag der Visite entlassen werden. Eine ausführliche Besprechung der poststationären Therapie findet zwischen Stationsarzt und Patientin statt.

P: Ja, ich bekomme die ganzen Tabletten weiter?

A: Sie bekommen einmal weiter die Herztabletten. Das sind die weissen. Davon nehmen Sie zwei am Tag. - Dann nehmen Sie diese anderen, die Viskn, drei mal eine halbe. Die sollten Sie statt der Isoptin nehmen, die Sie sonst früher hatten, weil die besser dieses Herzrasen unterdrücken können.

P: Hm.

A: Und die anderen für den Blutdruck. Sie haben ja immer arg niedrigen Blutdruck gehabt.

Beispiel_2: Patienteninitiative,
keine direkte Frage

P 1/1/1/22

Kontext: Der Patient mit einer Oberschenkelfraktur, der fast täglich auf Entlassung drängt, berichtet dem Stationsarzt, dass er sein Röntgenbild gesehen habe. Es handelte sich um eine Kontrollaufnahme der Frakturstelle. Da ihm wohl in der Röntgenabteilung gesagt worden war, der Befund sei zufriedenstellend, kam er wieder auf seine Entlassung zu sprechen.

P: Jetzt können Sie mir doch einen guten Vorschlag machen!

A: (vielsagend) Hm.

P: Ja! (fordernd)

A: In sechs Wochen noch mal Kontrolle.

c) implizite Information

Hierunter wurden alle Äusserungen des Personals subsumiert, die - während der Visite und in Gegenwart des Patienten geäußert - Krankheitsinformation enthielten.

Beispiel: P 4/1/1/11

A: Die Laborwerte, die waren ja soweit in Ordnung. Das habe ich, glaube ich, Ihnen schon gesagt.

P: Das haben Sie mir gesagt.

A: Bis auf eine leichte Blutarmut. - (zur Schwester:)
Müssten wir vielleicht nochmal ... Wann machen wir Eisen?
Dien... Donnerstag?

S: Donnerstag.

A: Ja. Dass wir nochmal Eisen bekommen. Bei der Gelegenheit können wir dann auch die Senkung nochmal kontrollieren.

3.2.2. Ergebnisse der quantitativen Auswertung nach
kontextbezogenen Kategorien

Der erste Auswertungsschritt bestand in einer Auszählung der Krankheitsinformation enthaltenden Sätze und ihrer Einordnung unter die drei kontextbezogenen Kategorien initiativer, reaktiver und impliziter Information.

Tabelle 4 enthält eine Übersicht der Ergebnisse, wobei die informationstragenden Sätze jeweils in Relation zu den beiden Gesprächssträngen Personal-Patientkommunikation (initiative und reaktive Information) und Personal-Kommunikation (implizite Information) gesetzt sind.

Tab. 4: Anteil der Sätze initiativer und reaktiver Information an der Personal-Patient-Kommunikation sowie der Sätze impliziter Information an der Personal-Kommunikation (in %)

	<u>initiativ</u>	<u>reaktiv</u>	<u>implizit</u>
Station 1	10,2	4,9	53,0
Station 2	13,5	7,0	53,3
Station 3	12,0	3,4	32,0
Station 4	14,0	8,1	75,3

Die Tabelle zeigt, dass zwischen 15,1 (Station 1) und 22,1 % (Station 4) aller vom Personal geäußerten Sätze direkt an den Patienten gerichtete Krankheitsinformationen (initiative und reaktive Informationen) enthalten. Ein Drittel (Station 3) bis drei Viertel (Station 4) aller innerhalb der Personal-Kommunikation erscheinenden Sätze thematisieren ebenfalls krankheitsbezogene Inhalte.

Bei einem Stationsvergleich fällt auf, dass ein hohes Mass an Übereinstimmung in der Lokalisierung dieser Informationen innerhalb des Gesprächs besteht: anteilmässig am niedrigsten liegt jeweils die reaktive Information, gefolgt von der initiativen Information, die vom Umfang her eine Mittelstellung einnimmt. Am extensivsten kommen krankheitsbezogene Themen innerhalb der Personal-Kommunikation zur Sprache.

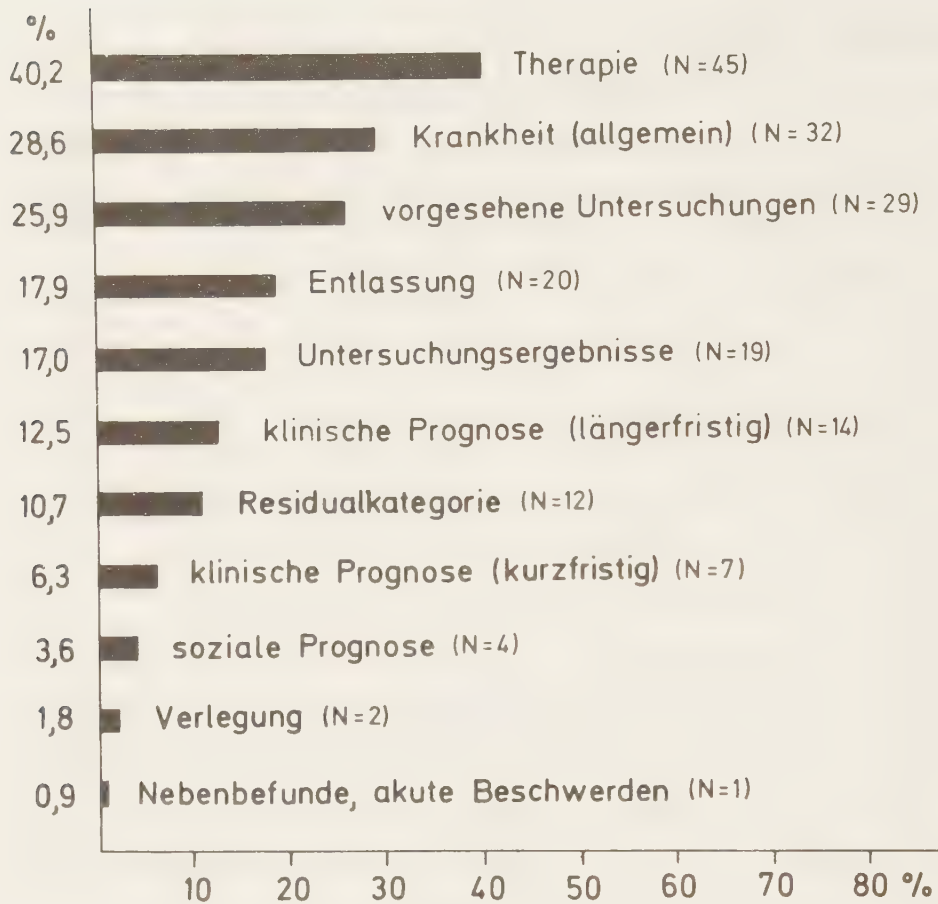
3.2.3. Ergebnisse der Auswertung nach inhaltlichen u n d kontextbezogenen Kategorien

Eine inhaltliche Auswertung der nach kontextbezogenen Kategorien differenzierten Informationen enthaltenden Sätze zeigt folgendes (s. hierzu Abb. 4,5 und 6 sowie Tab. 5,6 und 7):

a) inhaltlich:

- 1) Informationen zum therapeutischen Vorgehen rangieren an der Spitze bei der Mitteilung krankheitsrelevanter Inhalte durch das Personal an den Patienten.
- 2) Der Häufigkeit des Vorkommens nach folgen Inhalte, die technische Belange, wie Diagnostik und Ergebnisse diagnostischer Prozeduren betreffen (Platz 2 der reaktiven Information, Platz 3 und 5 der initiativen Information, Platz 2 und 3 der impliziten Information).
- 3) Spontan thematisiert das Personal dem Patienten gegenüber - noch mit relativer Häufigkeit - in 32 von 112 Personal-Patient-Kontakten Inhalte, die sich unmittelbar auf die Krankheit beziehen.
- 4) Auch die Aufenthaltsdauer der Patienten wird noch ziemlich häufig (Platz 3 der reaktiven Information, Platz 4 der initiativen Information, Platz 5 der impliziten Information) angesprochen.
- 5) Informationen zur Krankheitsprognose kommen gegenüber unmittelbar technischen Belangen nur in weit geringerem Masse (dabei am häufigsten noch initiiert durch die Patienten, Platz 5 der reaktiven Information) zur Sprache.
- 6) Inhalte, die auf die soziale Prognose zielen, werden kaum je angesprochen.

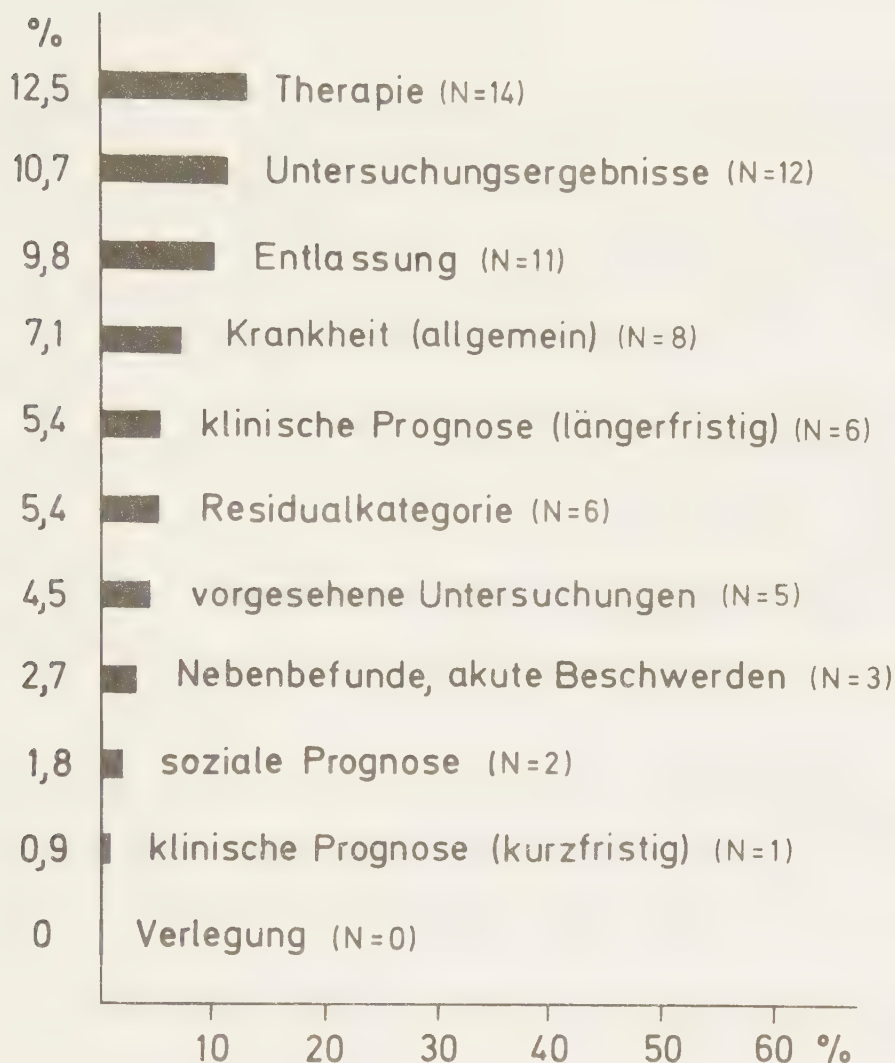
Abb.4: Initiative Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten)



Tab.5: Initiative Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten) im Stationsvergleich

	Station 1 (N = 40)	Station 2 (N = 17)	Station 3 (N = 32)	Station 4 (N = 23)
Therapie	10	8	15	12
Krankheit (allgemein)	8	4	11	9
vorges. Unters. und Kontrollen	6	6	11	6
Entlassung	7	4	6	3
Unters. Ergebn.	0	8	6	5
Klin. Prognose (längerfristig)	6	4	1	3
Residualkategorie	3	4	2	3
Klin. Prognose (kurzfristig)	3	1	1	2
Soziale Prognose	0	1	3	0
Verlegung	0	0	1	1
Nebenbefunde, akute Beschwerden	1	0	0	0

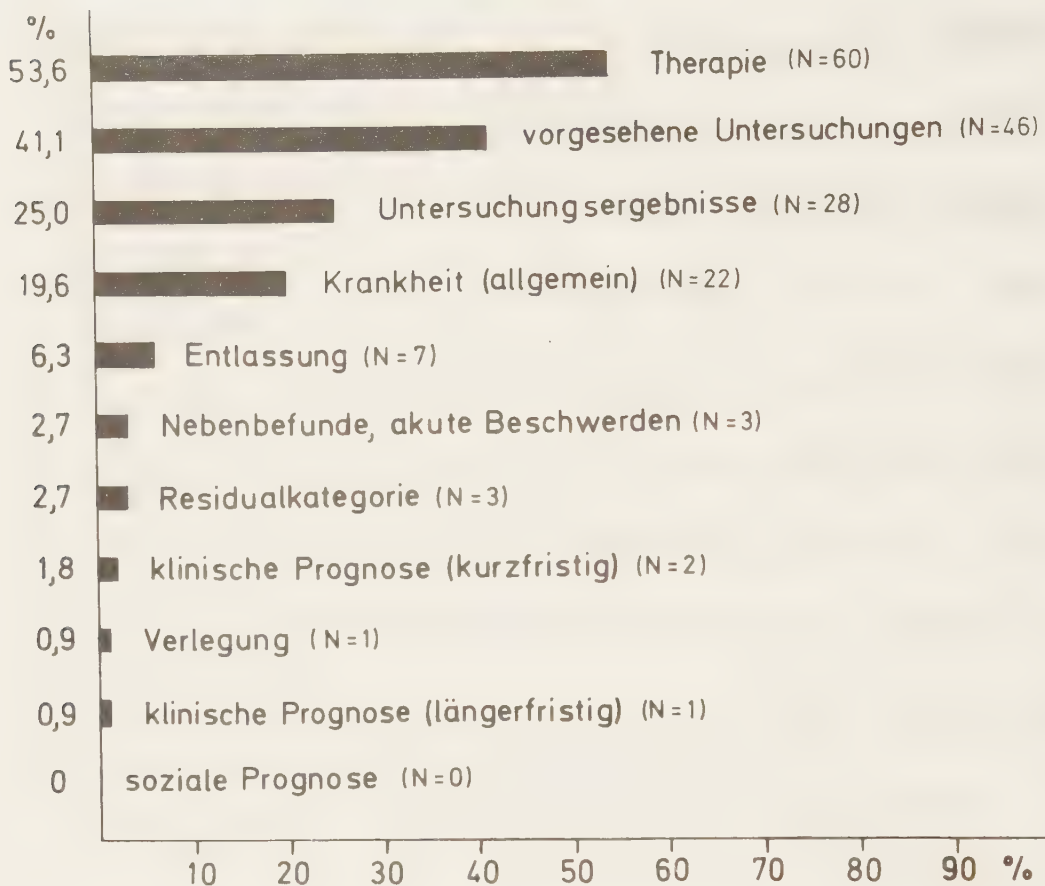
Abb. 5: Reaktive Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten)



Tab. 6: Reaktive Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten) im Stationsvergleich

	Station 1 (N = 40)	Station 2 (N = 17)	Station 3 (N = 32)	Station 4 (N = 23)
Therapie	4	3	4	3
Untersu.Ergebnis.....	0	4	5	3
Entlassung.....	4	1	4	2
Krankheit (allgemein).....	1	1	2	4
Klin.Prognose (längerfristig).....	3	3	0	0
Residualkategorie ...	0	3	1	2
vorgeseh.Unters. und Kontrollen	0	1	0	4
Nebenbefunde, akute Beschwerden....	1	0	2	0
Soziale Prognose (kurzfristig).....	0	1	0	0
Verlegung.....	0	0	0	0

Abb. 6: Implizite Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten)



Tab. 7: Implizite Information (Themen in 112 Personal-Patient-Kontakten) im Stationsvergleich

	Station 1 (N = 40)	Station 2 (N = 17)	Station 3 (N = 32)	Station 4 (N = 23)
Therapie	17	6	24	13
Vorges. Untersuch. und Kontrollen	6	6	16	18
Unters.-Ergebn.	0	3	16	9
Krankheit (allgemein)	4	1	9	8
Entlassung	1	0	4	2
Nebenbefunde, akute Beschwerden	0	0	2	1
Residualkategorie	0	1	2	0
Klin. Prognose (kurzfristig)	0	0	0	2
Verlegung	0	0	1	0
Klin. Prognose (längerfristig)	0	1	0	0
Soziale Prognose	0	0	0	0

b) kontextbezogen:

- 1) Informationen des Personals, die aufgrund von Patientenaktivitäten zustande kommen (reaktive Information) machen von der Häufigkeit des Vorkommens her nur den geringsten Umfang aus (68 Ereignisse reaktiver Information gegenüber 185 Ereignissen initiativer Information und 173 Ereignisse impliziter Information zu den angegebenen Inhalten).
- 2) Reaktive und initiativ Information zeigen von den thematischen Prioritäten her keine auffälligen Differenzen: die Frage nach den Untersuchungsergebnissen auf seiten der Patienten (Platz 2 der reaktiven Information) findet ihr Pendant in der Ankündigung diagnostischer Prozeduren durch das Personal (Platz 3 der initiativen Information).

Die vorrangige Thematisierung des Entlassungstermins auf seiten der Patienten wäre - in Zusammenhang mit dem Komplex von Fragen nach der längerfristigen klinischen Prognose - mit Vorsicht als eine Verschiebung von Interessenprioritäten zugunsten prognostischer Inhalte bei den Patienten interpretierbar.

c) Im Stationsvergleich zeigt sich Folgendes (Tab. 5,6 und 7):

- 1) Die chirurgische Station unterscheidet sich insoweit von allen internistischen Stationen, als hier im Rahmen der Visite Planung und Ergebnisse diagnostischer Massnahmen nicht thematisiert werden. Dies wird verstehbar im Zusammenhang mit der Strukturierung ärztlicher Tätigkeit auf dieser Station, wo eine Diagnostik nur in Ausnahmefällen durchgeführt wurde.
- 2) Eine weitgehende Homogenität in der Setzung inhaltlicher Prioritäten bei der Thematisierung krankheitsrelevanter Informationen besteht im internistischen Milieu. Geringfügige Verschiebungen (was auch durch den kleinen Umfang der Stichprobe zu erklären wäre) auf Station 2 sind auffällig.

Jedoch rangieren auch hier technische Belange und allgemeine Informationen zur Krankheit vor prognostischer Information.

3.2.4. Charakterisierung der Dynamik der Gesprächssituationen über eine Auswertung nach kontextbezogenen Kategorien

Für eine Charakterisierung der Dynamik der Interaktion schien es uns auch von Interesse, die 112 Personal-Patient-Kontakte daraufhin zu untersuchen, in welchen Qualitäten und Kombinationen die krankheitsbezogenen Informationen im Kontext der Gesprächssituation erschienen und welche Formen hierbei dominierten (s. Abb. 7).

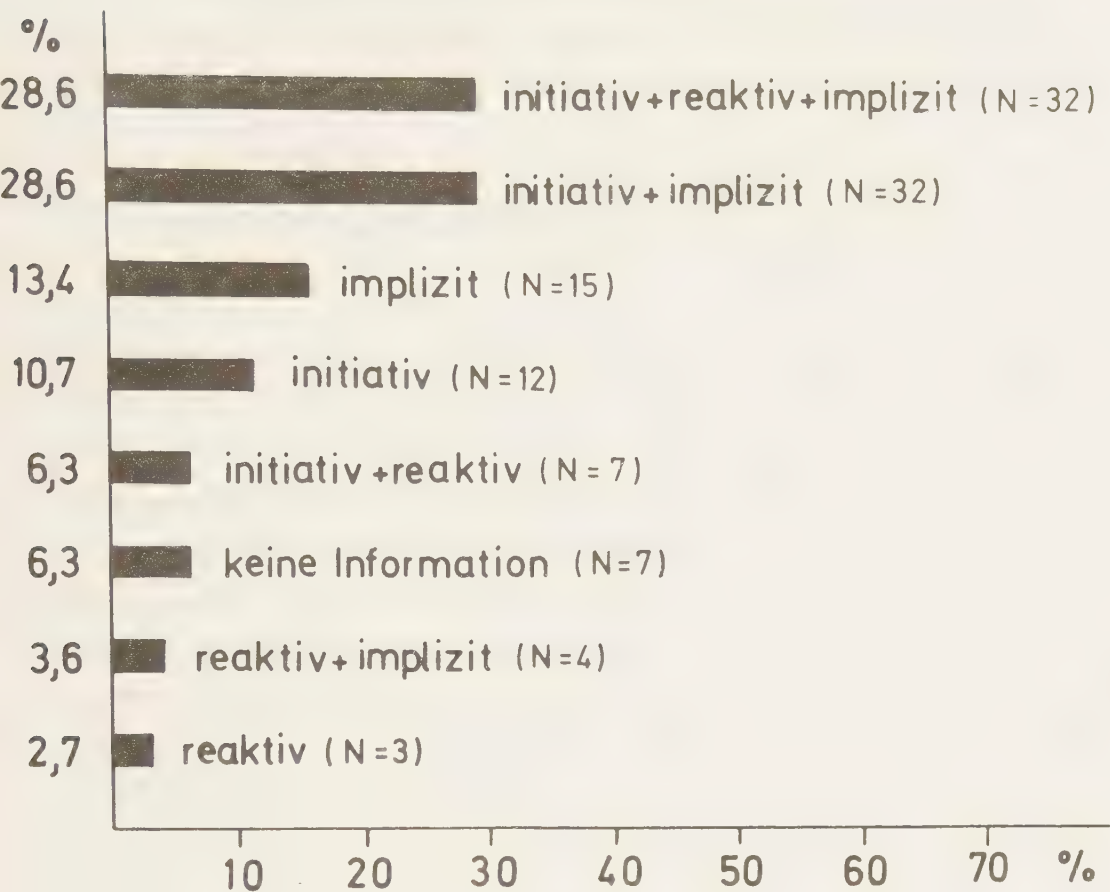
Etwa ein Viertel der Personal-Patient-Kontakte (32) hat - wenn man eine formale Bewertung anlegt - einen ausgewogenen Gesprächsstil: das Personal informiert spontan, beantwortet Frageinitiativen der Patienten und kommuniziert daneben auch untereinander über krankheitsbezogene Inhalte. Ganz offenbar ist auch unter diesen formalen Bedingungen des Gesprächsverlaufs für den Patienten die Chance am höchsten, seine Interessen zur Sprache zu bringen.

Dass der Patient spontan, ohne dass das Personal ihm Krankheitsinformation anbietet, die Initiative ergreift, ist ein seltenes Ereignis (in insgesamt 7 Personal-Patient-Kontakten).

Empirisch am häufigsten finden sich die Gesprächskonstellationen, innerhalb derer der Patient eine rezeptive oder passive Rolle innehat (initiative, implizite, implizite und initiative Information). Diese fanden sich in 59 Fällen, d.h. in über der Hälfte der Personal-Patient-Kontakte.

Im Stationsvergleich (s.Tab.3) weicht die chirurgische Station wiederum am weitesten - auch im Hinblick auf die Strukturierung der Interaktion - von den übrigen Stationen ab. Die

Abb. 7: Qualifizierung der Information nach kontextbezogenen Kategorien



Tab. 8: Qualifizierung der Information nach kontextbezogenen Kategorien im Stationsvergleich

	Station 1 (N = 40)	Station 2 (N = 17)	Station 3 (N = 32)	Station 4 (N = 23)
initiativ + reaktiv + implizit	7	5	11	9
initiativ + implizit	8	5	13	6
implizit	5	0	4	6
initiativ	9	2	1	0
initiativ + reaktiv	3	2	1	1
keine Info	6	0	0	1
reaktiv + implizit	1	1	2	0
reaktiv	1	2	0	0

internistischen Stationen präsentieren sich auch unter dieser Fragestellung als weitgehend homogen.

3.2.5. Initiative, reaktive und implizite Information als Indikatoren für die Qualität der Beziehung zwischen Personal und Patient

Eine primäre Einengung und Fokussierung, die im methodischen und kategorialen Ansatz dieser Untersuchung liegt, ist die Tatsache, dass wir nicht über Daten verfügen, die uns darüber Aufschluss geben, was den Patienten aus dem Gesamt der angebotenen Information tatsächlich erreicht, d.h., was er assimiliert und im Nachhinein zu erinnern und wiedergeben imstande ist (eine pauschale Zusammenfassung dieses Wissens enthalten einige Antworten im Patienteninterview s. hierzu 3.3.1.4.). Dies hätte erfordert, im Anschluss an jede Visite die Patienten zu den thematisierten Inhalten zu explorieren.

Über die reaktive Information erfahren wir daher eher etwas in Hinblick auf bestehende Informationsbedürfnisse, als über die faktische Informiertheit, d.h. darüber, ob der Patient, wenn er eine Antwort erhalten hat, tatsächlich besser Bescheid weiss als vorher.

Die Auswertung gibt uns demnach nur auf zwei Fragen eine Antwort:

1. auf die Frage nach den Interessenprioritäten in Hinblick auf krankheitszentrierte Inhalte beim Personal und den Patienten und
2. auf die Frage nach der Konstitution der Beziehung in der spontanen Begegnung am Krankenbett im Konflikt eines Wissensgefälles zwischen Personal und Patient.

Die Ausgangssituation ist typisch und invariant: das Personal verfügt immer zunächst über ein Wissen, das der Patient nicht hat und möglicherweise begehrt.

Indem wir diese Konfliktdisposition der Beziehung im Auge behalten, die sich aus der sozialen Ungleichartigkeit und

Ungleichheit der Interaktanten herleitet, werden im Folgenden die kontextbezogenen Kategorien anhand von Textbeispielen einzeln dargestellt.

3.2.5.1. Initiative Information

Eine zusammenfassende Beschreibung der Ereignisse, bei der das Personal spontan Krankheitsinformation thematisierte, scheint uns in Hinblick auf eine nähere Charakterisierung der Beziehungsqualität zwischen Personal und Patient nur wenig ertragreich, zumal wir eben nicht wissen, was den Patienten tatsächlich erreicht hat. Wir gehen aber davon aus, dass initiative Information einen konstruktiven Teil des sprachlichen Verhaltens des Personals in der Beziehung darstellt: von der Intention her kommen hier Bemühungen zum Vorschein, die auf einen Ausgleich in einem bestehenden Gefälle hinzielen.

Dennoch erscheint es von Interesse, zumindest Vermutungen darüber anzustellen, welche Äusserungen eine Chance haben, den gewünschten Effekt - Klarheit zu schaffen oder bestehende Unklarheiten abzubauen - herbeizuführen.

Zahlreiche positive Beispiele finden sich in den Personal-Patient-Kontakten der Station 4. Hier erklärte der Stationsarzt beispielsweise vor der Entlassung den Patienten ausführlich und mit grosser Geduld und Einfühlsamkeit, welche die Kranken auch zu Zwischenfragen motivierte, wie sie sich zu Hause weiter zu verhalten hätten.

Auf der anderen Seite gibt es Gesprächsszenen, wo der Beobachter mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen konnte, dass der Arzt durch die Art und Form, wie er informierte, beim Patienten eher Verwirrung und Angst evozierte, als das beruhigende Gefühl, zu wissen, "woran man ist".

hierzu sei nur ein Beispiel herausgegriffen:

P 3/3/1/09

Alter 80 Jahre

Diagnose: Chronische Obstipation

Schweregrad 2

Prognose 3

Bei der Patientin wurde als Zufallsbefund bei einer Kontrollaufnahme des Beckens ein Morbus Paget diagnostiziert, woraus sich keinerlei therapeutische Konsequenzen herleiteten.

.....

Al: Frau M.!

P: (schweigt)

Al: Frau M.!

P: Ja, ich höre.

Al: Sie haben eine Knochenerkrankung.

P: Wo denn?

Al: Am Becken. Nicht, das haben wir jetzt geröntgt. Am Becken. Und jetzt, um noch zu sehen, wo diese Krankheit steckt, müssen wir noch mal den Kopf röntgen und die Beine röntgen.

P: (schweigt)

Al: Ja? Frau M.!

P: Nun ja. Wenn's sein muss!

Al: (mitleidig) Und wenn wir das alles durchuntersucht haben, dann lassen wir Sie heim. Und der Stuhlgang in Ordnung ist, dann dürfen Sie heim. Gell?

P: Diese Woche wird's ja nun nicht mehr werden.

Al: Ist bissle knapp. Ist bissle knapp.

Schliesslich einigt man sich doch darauf, die Patientin, die nach Hause drängt, am folgenden Tag zu entlassen.

Für die Patientin, ebenso wie für den Leser, muss es unklar bleiben, warum der Arzt ihr zunächst mitteilt, dass sie eine Knochenerkrankung habe, um daraus dann aber keinerlei Konsequenzen abzuleiten ausser weiteren diagnostischen Massnahmen, die ebenfalls folgenlos bleiben sollten. Verstehbar wird die Situation nur über den weiteren Kontext: des bereits erwähnten Bettenmangels der Station sowie der therapeutischen Einstellung des Personals gegenüber "Pflegefällen", deren prototypischer Repräsentant die Patientin war. Dass das Personal denkbar bereitwillig auf das Drängen nach Entlassung der Patientin einging, hing darüber hinaus damit zusammen, dass diese bei ihrer Tochter lebte, von der die Stationsschwester behauptete, sie erzwingt immer dann eine stationäre Einweisung der Mutter, wenn Feiertage bevorstünden oder Schulferien nahten. -

Als typisch an dieser Episode können wir festhalten, dass die Entscheidung zu informieren mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen häufig in einen Kontext eingebettet ist, den der Patient nicht zu übersehen vermag und der ihm nicht erschlossen wird.

Gelegentlich war auch der Eindruck dominierend, dass es den Ärzten schwer fiel, sich soweit alltagssprachlich und verständlich auszudrücken, dass die Patienten ihnen mühelos folgen konnten:

Patientin 3/3/1/15 Station 3 Alter 74 Jahre
Diagnose: Bradykardie
Schweregrad 2
Prognose 2

Al: ... Das Herz ist nicht kleiner geworden seit der letzten Aufnahme.

P: Nit?

Al: Nein. Und da sieht man noch 'ne kleine Lungenstauung. Die ist wieder drin. Ja? Wir sind mit dem Herzmittel rausgegangen, weil das Herz Schwierigkeiten machte mit dem Rhythmus. Ja? Und jetzt wollen wir nochmal abwarten und schauen, wie das ... wie das läuft. Wir müssen wieder mit dem Herzmittel anfangen.

S: Wissen Sie, das ist ...

P: (unterbricht) Des blöde Herz do!

Al: Das Herz ist nicht blöd. Das ist eine ganz sinnvolle Einrichtung, das Herz. Stellen Sie sich vor, Sie hätten kein Herz!

P: Ha jo! Dann wär' ich ja nit do! (lacht)

Nur über eine Interpretation der Texte in ihrem Verlauf ist es möglich, mit unterschiedlicher Evidenz Vermutungen darüber anzustellen, dass hier Information transponiert wurde, die den Patienten nicht in vollem Umfang erreichte. Hier können wir davon ausgehen, dass die Patientin den Inhalt der Aussage nicht in ihrem ganzen Gehalt folgen konnte: wenn nämlich der Arzt weitere therapeutische Massnahmen damit begründet, dass im Röntgenbild noch eine "Lungenstauung" zu sehen sei.

Hiermit tritt wieder das methodische Problem der Anlage der Untersuchung zutage, dass wir nicht wissen, wieweit die Interaktionspartner tatsächlich "verständigt" sind. Es wäre jedoch auch nur normativ zu entscheiden, wo die Grenzen dieser "Verständigung" anzusetzen wären. In unserem Beispiel signalisiert die Patientin dem Arzt, dass sie durchaus verstanden hat, dass therapeutische Schwierigkeiten vorliegen und ihre Krank-

heit noch nicht im ausreichenden Masse gebessert ist. Die Gesamtinformation des Arztes erreichte sie jedoch mit Sicherheit nicht.

Bei einer interpretativen Durchsicht der Texte sind wir weit davon entfernt, noch auf der Ebene quantifizierender Aussagen argumentieren zu können. Dennoch erscheinen uns die beiden zitierten Gesprächskonstellationen typisch und verallgemeinerbar.

3.2.5.2. Reaktive Information

Wesentlich ergiebigere Aspekte für eine Beschreibung der Beziehungsqualität zwischen Personal und Patient bietet eine nähere Betrachtung der Ereignisse in der Interaktion, bei welchen das Personal vom Patienten mit einer Initiative, die ein Verlangen nach Krankheitsinformation thematisiert, konfrontiert wird. Wenn wir davon ausgehen, dass das Personal ein weites Spektrum von Verfügungsmöglichkeiten über seinen Wissensvorsprung zu Gebote hat, so wird es sich in dieser Konstellation besonders deutlich artikulieren können (Anm. 11).

Anm. 11 : An dieser Stelle seien zwei führende Untersuchungen erwähnt, die in anderem Zusammenhang bereits dargestellt wurden (BEGEMANN-DEPPE 1974 und SIEGRIST 1976):

- a) Eine Stichprobe von 189 Personal-Patient-Kontakten, die alle 112 in dieser Untersuchung berücksichtigten Personal-Patient-Kontakte einschloss und darüberhinaus noch weitere Visitsituationen mit denselben Patienten (so dass ein Patient mehrfach in der Stichprobe erscheinen konnte, ein Verfahren, das wir aus Gründen der Stichprobenkonstruktion diesmal nicht mehr wählten), wurde mittels der oben dargestellten Auswertungstechnik bereits untersucht (BEGEMANN-DEPPE 1974). Eine der Fragestellungen der Arbeit war, ob sich die Antwortreaktionen des Personals auf Frageinitiativen der Patienten nach bestimmten qualitativen Merkmalen, die Rückschlüsse auf die Qualität der Interaktion gestatteten, differenzieren liessen. Wir kamen zu folgendem Ergebnis:

- 1) Der Zusammenhang zwischen inadäquater Informationsweitergabe - inadäquat gemessen am Wissensstand des Personals - und Sicherung zugeschriebener Kompetenzen bei über-

s. Anm. 11: Auf 65 von den Pat. zu den angegebenen 10 Themenkomplexen direkt formulierte Frageereignisse (z.T. mehrere innerhalb eines Personal-Patient-Kontaktes) reagiert das Personal mit folgenden Antwortqualitäten:

40 Fragen: eindeutige Antwort

11 Fragen: verzögerte Antwort: "Die Focusinitiative des Pat. wird vom Arzt zwar aufgenommen; die Antwort wird jedoch über mehrere Sequenzen hinausgezögert."

5 Fragen: vage Antwort: "Auch hier wird die Focusinitiative vom Arzt aufgegriffen, die Information ist jedoch vage und unbestimmt, ohne Konturen."

5 Fragen: ableitende Antwort: langsames Abgleiten vom Thema ("drift" ((WENDER 1967))) der Gestalt, dass das Personal zwar mit einer Antwortreaktion auf den Pat. einging, jedoch keine Information zu dem angesprochenen Thema preisgab.

4 Fragen: Nicht-Antworten, das Personal ignorierte die Frageinitiative.

Die naheliegende Interpretation dieser Ergebnisse war, "...dass 'schlechte Nachrichten' vom Arzt eher verheimlicht und im Dunkeln gelassen werden, dass ein restriktiver Umgang mit Information bevorzugt dann erfolgt, wenn brisante Themen, wie eine ungünstige Diagnose oder der Wunsch nach Entlassung, geäußert von einem Schwerkranken, zur Sprache kommen" (S. 246).

b) SIEGRIST (1976) unterzog bei einem Teil der im Rahmen der Untersuchung aufgezeichneten Personal-Patient-Kontakte die Antwortereignisse auf "Verbalhandlungen vom Typ: 'Bitte um Information'" einer qualitativen Analyse.

Es wurden alle (1-5) aufgezeichneten Personal-Patient-Kontakte einer Stichprobe von 26 Pat. unserer Grundgesamtheit, die übrig blieben, nachdem "... die Pat. ausgefiltert (waren), die für eine normale verbale Kommunikation nicht in vollem Umfang geeignet schienen" ausgewertet. "In diese Kategorien fielen schwerhörige, bewusstseinsgetrübte und stark arteriosklerotische Pat." Er konnte für diese Stichprobe zeigen, dass bei "... schwerkranken, prognostisch infausten Pat. (3 / 3) signifikant häufiger asymmetrische Reaktionen ..." (Nichtbeachten, Adressaten- oder Themenwechsel, Beziehungskommentar, Mitteilung funktioneller Unsicherheit (SIEGRIST)) "... erfolgen als bei leichtkranken, prognostisch günstigen Pat. (1 / 1)." - Es bestätigte sich demnach die Annahme, dass bei bestehender Flexibilität in der Strukturierung der Situation durch das Personal, die Pat.-Merkmale Schweregrad und Prognose die Gesprächssituation im Sinne angebbarer Verhaltensmuster prägten. - Besonders naheliegend und für den teilnehmenden Beobachter einfühlbar erscheint dieses Sprechverhalten dann, wenn eine den Realitäten entsprechende Krankheitsinformation gleichzeitig die Aussage mit einschloß, dass das Personal Erwartungen hinsichtlich eines gezielten und erfolgversprechenden therapeutischen Handelns einzulösen nicht imstande ist und zugleich mit einer Krankheitsinformation die Grenzen seiner Kompetenz mit thematisieren müßte. - Auf eine erneute quantitative Auswertung der 112 Personal-Patient-Kontakte unter derselben Fragestellung wird verzichtet.

fordernden Erwartungen der Patienten wurde bereits erwähnt (s. Anm. 11).

Es scheint mir jedoch möglich und sinnvoll, anhand des Materials ausschliesslich kasuistisch - d.h. an Einzel-episoden und nicht quantifizierend - , darüber hinaus einige Merkmalsbestimmungen der Beziehung zwischen Personal und Patient im Krankenhaus zu entwickeln.

2) Bei einem therapeutischen Misserfolg, der die Wertigkeit eines Kunstfehlers hatte, wurde ebenfalls eine Strategie eingesetzt, die es dem Arzt ermöglichte, bis zum Eingeständnis dieser Tatsache zumindest einen zeitlichen Aufschub zu gewinnen, bzw. dieses Eingeständnis an einen anderen Arzt zu delegieren:

P 1/1/1/60, Station 1 Alter: 44 Jahre
Einweisungsdiagnose: Struma diffusa
Schweregrad: 1
Prognose: 2

Bei einer Struma-Operation wurde versehentlich der Nervus recurrens durchtrennt.

P: (heiser, kaum verständlich) Mit der Sprache ist's schlecht.

A: (ironisch, er hatte die Operation nicht selbst durchgeführt, sondern erste Assistenz geleistet) Ja. - Das kommt vielleicht noch. - Ein Teil.

P: (insistierend) Schlecht!

A: Ja. Das muss der Hals-Nasen-Ohren-Arzt noch sagen. Ja? - Der ... äh ... (ein Wort unverständlich) sagt Ihnen Bescheid.

P: Ja.

Hier geht es ganz offensichtlich darum, die eigene Autorität nicht aufs Spiel zu setzen und dem Patienten über Krankheitsinformationen Sanktionsmittel, die die eigene Rolle gefährden, an die Hand zu geben.

Verallgemeinernd kann man sagen, dass das Personal häufig dann mit der Androhung von Sanktionen oder rigiden, oft von der Sache her nicht einsehbaren strengen Verhaltensvorschriften reagierte, wenn Patienten auch nur in Andeutungen seine Kompetenz oder Sorgfalt bei der Arbeit infrage stellten.

Als ein Patient sich erkundigte, warum seine Operationsnarbe so gross sei, antwortete der Stationsarzt gekränkt und aggressiv, dass es "bei einem so grossen Bruch eben nicht anders gegangen" sei.

Auch als eine Patientin am Rande feststellte, dass sie nicht gewogen worden sei (Arzt und Schwester hatten bei Durchsicht des Krankenblattes über ihre Gewichtszunahme gesprochen), reagierte der Arzt unerwartet heftig und im Widerspruch zu dem, was die Schwester in diesem Zusammenhang äusserte:

P 3/3/1/05, Station 3

Alter: 69 Jahre

Diagnose: Herzinsuffizienz

Schweregrad 2

Prognose 2

P: Das letzte Mal, wo ich da war, bin ich nicht gewogen worden (spricht von ihrem letzten, nicht lange zurückliegenden Krankenhausaufenthalt).

S: Morgen werden Sie gewogen.

A: (Diese Feststellung offensichtlich auf den jetzigen Aufenthalt beziehend) Doch! Doch! Doch! Doch! (heftig) Sie werden laufend gewogen, Frau E.!

3) Bei Patienten, die aufgrund einer bestehenden psychischen Symptomatik im Stationsmilieu atypisch und ungern gesehen oder als querulatorisch und anspruchlich (zu Recht oder zu Unrecht) galten, setzte das Personal die beschriebenen Strategien ein:

P 1/1/1/56, Station 1

Alter: 38 Jahre

Einweisungsdiagnose: Gehirnerschütterung nach Schlägerei

Schweregrad 1

Prognose 1

Der Patient war, wie aus dem Text hervorgeht, am Vorabend nach einer Schlägerei eingeliefert worden. Arzt und Patient begegneten sich zum ersten Mal. Der Patient befand sich zu einer mehrwöchigen Behandlung in einer psychosomatischen Klinik in einem Nachbarort, wo sich die von ihm beschriebenen Ereignisse während eines abendlichen Ausgangs mit anderen Patienten der Klinik ereignet hatten. - Die Schwester hatte den Arzt vor der Visite darauf aufmerksam gemacht, dass gestern Abend spät noch ein Patient aus dieser "Psychoklinik" aufgenommen worden sei.

A: Ja, Herr D., wie geht's?

P: Gut.

A: Und wie ist es mit dem Kopfschmerz und der Übelkeit und dem Schwindel, was Sie gestern alles gehabt haben?

P: Also, das ist weitaus... äh... besser geworden. Ja?

A: So? (untersucht) Haben Sie Schmerzen?

P: Nein.

A: Wo... wo wurden Sie geschlagen?

P: Das weiss ich doch nicht!

A: Hm.

P: (überlegen) Jedenfalls gehts mir weitaus besser...

A: Kennen Sie die Leute überhaupt, die Sie geschlagen haben?

P: (entsetzt) Ach wo!

A: Ja, wie kam es überhaupt...?

P: Das ist so: ich war eingekehrt mit noch ein paar Kollegen in einer Wirtschaft...

A: Hm.

P: Dort habe ich zwei Viertelchen Wein getrunken...

A: Hm.

P: ...und dann...äh...war's vielleicht auch noch ein kleiner Schnaps oder zwei...

A: Ja.

P: ...und das darf ich nicht.

A: Ja.

P: Wie gesagt: ich habe nie mehr Alkohol... schon seit Jahren kein Alkohol... Eben seit der Zeit, wo es passiert ist, kein Alkohol mehr getrunken, nicht? Das heisst, ich war wie ausgeschaltet, nicht? Dann sah ich ... bin ich wahrscheinlich noch eingekehrt in ein anderes Lokal, nicht? Und vielleicht hat mir jemand was gesagt, oder habe ich eine dumme Bemerkung gemacht oder sonst was... Und es hat irgendwie geknallt.

A: Hm.

P: Also wie es dazu gekommen ist und so, weiss ich gar nicht. Da, wo ich also... Da, wo's passiert sein soll, das weiss ich gar nicht.

A: Ja, und dann kam... Wer kam und hat Sie abgeholt?

P: Die kamen und haben mich hinggebracht zur klinik.

A: Ah, in B. (Ort der psychosomatischen Klinik) erst?

P: Jaja.

A: Und dann kamen Sie runter?

P: Ja - man hat mir das nur erzählt.

A: Bei Sch. (der dortige Chefarzt)! Jaja, Sie haben ...

P: (wahrnehmend, dass für den Arzt alles Wichtige jetzt besprochen ist) Herr Doktor, eine Frage: (hält den Arzt zurück) Die Ärztin selbst hat gesagt, wenn's nur eine Gehirnerschütterung ist und so weiter, könnte ich wieder zurück. Ist das nicht möglich?

A: (sehr langsam) Hm.

P: Denn wirklich, ich habe nichts da und so weiter. Mein ganzes Zeug ist dort!

A: Hm.

P: Sie hat gesagt, sie können dort genauso gut ... also im Einzelzimmer wie hier.

- A: (noch langsamer) Hm. (Pause; abschliessend) Ja! Wir wollen Sie nur zu dem Nervenarzt schicken, ja? Vielleicht wird das morgen noch sein.
- S: Müssen wir anmelden, Ja?
- A: (zur Schwester) Bei Doktor ... (zum Patienten hin) Und dann ... äh... haben wir nichts dagegen, dass Sie wieder raufkommen. Ja? - Morgen nachmittag oder übermorgen früh. - Aber Sie müssen vorher zu Doktor ... äh ... äh S. (Neurologe), ja? Das muss man!

Der Text vermag weit weniger eindrücklich als die Tonbandaufzeichnung zu vermitteln, wie hartnäckig der Patient beim Arzt, der sich auf die Frage nach dem Entlassungstermin demonstrativ abwartend verhält, insistieren musste, um die begehrte Information zu erhalten.

P 3/3/1/02, Station 3 Alter: 75 Jahre
Einweisungsdiagnose: rheumatoide
Arthritis
Schweregrad 3
Prognose 3

Die Patientin, die als prognostisch aussichtsloser "Pflegefall" den Schwestern ständig zusätzliche Arbeit verursachte, benutzte die Visite gelegentlich dazu, ihrer Hoffnungslosigkeit, was die therapeutischen Bemühungen anging, in langen Reden Ausdruck zu verschaffen, um dann gleichzeitig aber zusätzliche, vom Personal als Zumutung empfundene Sonderwünsche (häufig Banalitäten) zu äussern:

Am Ende der Visite:

- P: Wird ich gebadet? ... gebadet dann?
- S: (ungeduldig) Ja, aber das wollten wir jetzt, heute Morgen eigentlich machen... (ereifert sich) Aber vorher sind ... sind Sie ... ist Ihnen (redet immer hastiger) doch wieder so schlecht gewesen, als Sie auf dem Klopff ... auf dem Topf waren und alles. Das geht dann nicht! Das machen wir dann eventuell morgen oder heute Nachmittag.
- P: (flehend) Heute Nachmittag, Schwester! Ich verlange gerade darauf! Gell? (weinerlich) Ich hab so Hoffnung darauf! Wissen Sie?
- S: (keine Antwort, das Team wendet sich dem nächsten Kranken zu).

Einerseits wurde deutlich, dass das Personal nur äusserst selten so extrem reagierte, dass es eine Patienteninitiative völlig ignorierte. Dies ereignete sich meist dann, wenn ein Patient sich in die Personalkommunikation mit einer Frage einzu-

schalten versucht und dabei vom Personal übergangen wurde:

P 3/3/1/02, Station 3 Alter: 75 Jahre
Diagnose: Rheumatoide Arthritis
Schweregrad 3
Prognose 3

Die Patientin klagt darüber, dass ihr Zustand sich nicht bessere:

A1: (zu A3) Kann nächste Woche nach Hause. Mal schauen, wie sie sich einstellt.
A3: Hm.
P: Das wird doch wohl nicht am Rücken liegen, oder?
A1: Mal schauen, wie sie sich einstellt mit dem Digimark, ja?
A3: Hm.
A1: Deshalb wollte ich ein bisschen weiter gehen mit der Frequenz.
A3: Hm. Hm. - Eine Tablette.
A1: Ruhig eine Tablette jetzt mal lassen.
A2: Hm.
A1: Nicht mehr geben.
A3: Ja.
A1 und A3 wenden sich dem nächsten Patienten zu.

In einer anderen Gesprächsszene fragte eine zum Tode erkrankte Patientin nach ihrer Diagnose, wodurch offensichtlich akute Angst in der Situation entstand:

P 3/3/1/45, Station 3 Alter: 51 Jahre
Diagnose: Mammacarcinom, Rezidiv
Schweregrad 3
Prognose 3

Die Patientin wurde in den ersten Tagen ihres stationären Aufenthaltes aufwendigen Untersuchungen unterzogen. Für den folgenden Tag war eine erneute Röntgenuntersuchung der Lunge vorgesehen, die nicht liegend sondern im Stehen durchgeführt werden sollte - die Patientin war infolge von Oberschenkelmetastasen kaum mehr in der Lage, sich aufrechtzuhalten.

A2: Nur die eine Aufnahme. Wissen Sie, die Lunge kann man so schlecht...

P: Was ist es denn überhaupt?

A2: ... die LUnge kann man so schlecht beurteilen, wenn man liegt.

Danach erfolgt ein abrupter Themenwechsel.

Andererseits zeigte sich, dass Fragen der Patienten im Zusammenhang mit ihrer Krankheit vom Personal keine klare Stellungnahme erfordern, dass hier der Arzt (gelegentlich auch die Schwester) von einer grossen Freiheit in der Wahl der Präzision der Antwort Gebrauch machen kann, und zwar unabhängig von seinem faktischen Wissen. Die institutionelle Ursache hierfür ist, dass es eine rigide Informationspflicht (abgesehen von einigen wenigen Ausnahmen) in der Arzt-Patient-Beziehung nicht gibt.

In der unmittelbaren Konfrontation während der Visite können mehrere Motive Anlass zu einer Informationsverweigerung geben: das Bestreben, die Expertenrolle nicht aufs Spiel zu setzen, das Bedürfnis, angsterregenden Themen nach Möglichkeit aus dem Wege zu gehen oder aber mittels der Verweigerung von Information über den Patienten indirekt Sanktionen zu verhängen.

3.2.5.3. Implizite Information

Von der Dynamik der Interaktion her betrachtet, befindet sich der Patient, wenn implizite Informationen zur Sprache kommen, an der Peripherie des Geschehens. Wir konnten jedoch beobachten, dass die Patienten diese Gesprächspassagen - mit Ausnahme einiger weniger Schwerkranker, die die Visitensituation apathisch über sich ergehen liessen - mit grossem Interesse und mit gespannter Aufmerksamkeit verfolgten.

Wenn wir versuchen, diese Gesprächspassagen zu charakterisieren, so lassen sich drei Merkmale nennen, die durchgängig für alle Personal-Patient-Kontakte, die implizite Information enthalten, Geltung beanspruchen können:

- 1) Das Gespräch ist auf einer anderen sprachlichen Ebene organisiert als die Kommunikationen zwischen Personal und Patient. Fachausdrücke und klinischer Jargon dominieren.
- 2) In der Regel werden die auf dieser Ebene thematisierten Inhalte nicht - wenn ja, dann nur partiell - für den Patienten in die Alltagssprache übersetzt und damit verstehbar gemacht.

Beispiel

P 1/4/1/02, Station 4

Alter: 66 Jahre

Diagnose: Lebercirrhose, Herz-
insuffizienz

Schweregrad 2

Prognose 3

...

A: Bei Frau R. müssen wir einen Urikult machen. Und bevor wir die Galle machen, machen wir bei ihr auch die Nieren noch, Schwester Christine. Infusionsurogramm.

S: Dann kann man aber die Galle nicht am Freitag machen.

A: Nein nein, dann machen wir ...

S: Wenn sie heute Colon hat, dann ist sowieso...

A: Nein nein, dann machen wir die Galle in der nächsten Woche.

S: Hm.

A: Ist bei ihr heute was abgenommen worden, Kreatinin nochmal?

S: Ne, nichts.

A: Das ist der Ausgangswert doch, Schwester Christine (liest die Kurve).

S: Ja, von gestern, wo sie gekommen ist.

A: Ja.

S: Also Samstag gekommen und gestern ist Blut abgenommen.

A: Trinkt sie ausreichend?

S: Ja.

A: Gut, dann muss man das also am Donnerstag nochmal kontrollieren. Kreatinin und Harnstoff. Und Urikult habe ich ja schon gesagt. Und 'ne Elektrophorese brauchen wir bei ihr. Also.

S: (unverständlich)

Ende des Personal-Patient-Kontaktes.

- 3) Eine dritte, mir wesentlich erscheinende Bestimmung, für die das Gespräch ebenfalls beispielhaft ist, ist das Mass an Vorverständigung unter dem Personal, das diese Kommunikationen voraussetzen. Hier ist es, verglichen mit den beiden

anderen Arten von Informationen, am höchsten. Das Personal verständigt sich untereinander mit höchstmöglicher Konzentriertheit und Dichte, so dass der Patient nicht sämtliche Implikationen des Gesprochenen übersehen kann.

Für die Beziehung zum Patienten bedeutet dies, dass er zwar akustisch nicht ausgeschlossen ist; er ist - wenn auch nur passiver - Teilhaber dieser Gespräche und damit auch indirekt ihr Adressat, andererseits aber aufgrund der eben genannten Merkmale in mehrfacher Hinsicht ausgeschlossen und damit für potentielle Verunsicherungen prädestiniert.

Wenn wir diese Charakteristik im Auge behalten, lassen sich weitere, spezifische Merkmale dieser Kommunikationssituation ableiten und empirisch sichtbar machen:

4) Der emotive Gehalt dieser Äusserungen für den Patienten gerät dem Personal häufig aus dem Blick zugunsten fachlicher Auseinandersetzungen und Absprachen:

Patientin 3/3/1/45, Station 3. Alter: 51 Jahre
Diagnose: Mammacarcinom,
Rezidiv
Schweregrad 3
Prognose 3

A1: Also, bei Frau S. wird nochmal 'ne Thorax im Stehen gemacht, und dann wollen wir nochmal Becken röntgen und rechtes Hüftgelenk.

A2: Wie heisst die Aufnahme? Lauen...?

A3 und A1: Lauenstein.

A2: Lauenstein.

A1: Nach Lauenstein.

A3: (deutet mit der Hand) So reingeschossen oder so?

A1: (zeigt) Nein, das Bein steht so und so wird geschossen.

A2: (nachdem die Patientin dieses Gespräch erschrocken und entsetzt verfolgt hat) Da liegen Sie dabei, Frau S.... Das ist nicht schlimm. Das ist nur, wie man die... die...äh... na, wie man den Röntgenapparat hält (lacht).

.....

Hier wurde die Situation schliesslich von der Stationsärztin

aufgelöst, was aber nicht zuletzt daran lag, dass die Patientin - ohnehin ständig in grosser Angst - ihre Erschrockenheit mimisch mitteilen konnte.

- 5) Auch inhaltliche Widersprüche zwischen dem, was dem Patienten mitgeteilt wird und den Verhandlungen des Personals untereinander traten auf und wurden in der Regel nicht oder nur notdürftig geglättet:
In diesem Sinne beispielsweise untereinander unverträgliche Benennungen des Krankheitszustandes (s. hierzu als typisches Beispiel die Kasuistik, Abschn. 3.3.).
Auch die Bewertungen ein und desselben Faktums wurden gelegentlich einander widersprechend formuliert und unkommentiert stehengelassen:

Beispiel 1

P 3/3/1/18, Station 3 Alter: 67 Jahre
Diagnose: Herzinsuffizienz
Schweregrad 3
Prognose 3

A3 zieht bei der schwer herzinsuffizienten Patientin die Bettdecke weg und betrachtet die Unterschenkelödeme:

A3: Das ist ja ein Ding!

A1: Hier (ein Wort unverständlich) sich's, glaub ich, langsam. Gucken Sie sich das mal an!

A2: Ja... das ...

.....

A1: (zur Patientin) ...Ich hab so den Eindruck, als ob die Beine dünner werden.

Beispiel 2

P 3/3/1/32, Station 3 Alter: 50 Jahre
Diagnose: Hepatopathie
Schweregrad 1
Prognose 2

A2: Wie ist das mit diesen neuen Werten Bromthalein-Test 1,0?

A3: Ist o.k.

A2: Ist er o.k.?

A3: (schnell, sich korrigierend) Was? Was? Eins-Komma...!?

A2: Eins-Komma Null-Vier.

A3: Au, au!! Das ist schwer pathologisch! Das ist schwer ...

A2: Ich komme mit diesen Werten noch nicht klar.

A3: Äh... Null-Komma-Zwei ist ... äh ...
A2: (unterbricht) Bis Null-Komma-Zwei hoch ...
A3: ... schon pathologisch. Null-Komma-Fünf ist
sicher pathologisch und ...
S: (unverständlich)
A2: Na ja, wir sehen's bei der Laparaskopie am Montag.
A3: Hm.
.....
A2: (zur Patientin) Es ist nicht schlimm.

- 6) Ein weiteres Interaktionsproblem liegt darin, dass der Patient bei Auseinandersetzungen und Differenzen des Personals untereinander nur den Part eines macht- und hilflosen Zuschauers einnehmen kann.

Besonders deutlich wurde dies auf der Station 3, wo das Personal häufig Unstimmigkeiten vor dem Patienten austrug.

Beispiel

P 3/3/1/18, Station 3 Alter: 67 Jahre
Diagnose: Herzinsuffizienz
Schweregrad 3
Prognose 3

.....
S: Geben wir mal heute Resonium.
A2: Was denn?
A1: 6 Aldactone und 4 Lasix.
A2: (abwehrend) Ich kann ihr doch keine 6 Aldactone geben!
S: (ungeduldig) Ja, soll ich morgen 3 oder 4 Lasix geben?
A2: Drei.
S: Und wenn der Chef gesagt hat, viere?
A1: Vier. Er sagte 6 Aldactone und 4 Lasix. Nicht? Gestern.
A2: Also: 6 Aldactone kriegt sie nicht!
S: Einmal heisst's drei und dann vier...
A3: Dann würde ich aber lieber 6 Aldactone geben.
S: Nein, 6 Aldactone kann man nicht geben!
A2: Nein.
A3: (gespielt erstaunt) Ach ne?!
A2: Ich gebe keine 6 Aldactone...
A3: Ne.
A2: ... bei einem Kalium von 5,9.
A3: Genau! Genau!
A2: Überhaupt habe ich das auch gar nicht gehört...
A1: Was gibt's dann? Geht das Kalium so schnell hoch oder was?
.....

3.3. Eine Einzelfalldarstellung

Der folgende Abschnitt umfasst inhaltlich drei Unterabschnitte:

1. Eine Patientin wird vorgestellt und es erfolgt die Wiedergabe bzw. Darstellung von drei Einzelepisoden (zwei Personal-Patient-Kontakte sowie ein strukturiertes Interview)
2. Die Personal-Patient-Kontakte werden nach formalen und inhaltlichen Kriterien analysiert
3. Einige typische Konstellationen und Probleme in der Interaktion werden am Einzelfall beleuchtet.

Dieser Teil der Ergebnisdarstellung stellt eine weitere und letzte Konkretisierungsstufe dar: sie zielt darauf, anhand eines Einzelfalles und über sämtliche hierzu verfügbare empirische Daten die bereits dargestellten Ergebnisse noch einmal zu rekapitulieren und durch grösstmögliche kasuistische Nähe zu verdichten und damit subjektiv erfahrbar zu machen (i.S. eines Wiedererkennens, einer Identifikation oder anderer vorstellbarer integrativer Prozesse beim Leser).

Diese Fokussierung auf eine einzelne Patientin rechtfertigt sich einerseits aus der Tatsache, dass im Singulären Typisches, d.h. immer wiederkehrende Strukturen in der Interaktion, wie sie im Formalen und Inhaltlichen bisher an 112 Patienten gezeigt wurden, sichtbar wird und einer Beschreibung mit den vorliegenden kategorialen Voraussetzungen offensteht; sie ist darüber hinaus dadurch legitimiert, dass hier die subjektive Ebene eines Patienten"schicksals" in seiner Problematik in Erscheinung tritt und greifbar wird. - Diese letzte Stufe der Darstellung dient einer Veranschaulichung der Verschränkung von Allgemeinem (vorgegebene Strukturen der Interaktion) und Besonderem (eine Patientin in ihrer Krankheit) in der Situation der Visite.

3.3.1. Das Material

Auch in diesem Einzelfall liegt keine vollständige Serie aller über den Krankenhausaufenthalt der Patientin erfolgten Personal-Patient-Kontakte vor. Trotz des fragmentarischen Charakters vermittelt das Material jedoch wesentliche Einblicke in die Beziehungsstruktur von Personal und Patient.

3.3.1.1. Die Patientin

Die 69 Jahre alte, resolut wirkende Patientin arbeitete bis zu ihrem 65. Lebensjahr als selbständige Hebamme in einem südbadischen Dorf. Zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung betreute sie noch gelegentlich schwangere Frauen in ihrer Gemeinde. Die körperlich rüstige und eher jünger wirkende Frau präsentierte sich im Krankenhaus dem Personal und ihren Mitpatientinnen gegenüber als gelassen und unerschütterlich. Sie war verwitwet und betreute in ihrem Hause - der Mann war ein kleiner Landwirt gewesen - fünf Pflegekinder im Alter zwischen 11 und 18 Jahren, zu denen in letzter Zeit die Beziehungen zunehmend problematisch geworden waren.

Ihre stationäre Aufnahme erfolgte unter der Diagnose eines Magencarcinoms.

3.3.1.2. Erster aufgezeichneter Personal-Patient-Kontakt (I),
zweiter Aufenthaltstag der Patientin

A1 = Stationsarzt, Leiter der Visite
A2 = Stationsärztin
A3 = Medizinalassistent
P = Patient
S = Stationsschwester

- 1,2 A1: Guten Morgen! - So, Frau K., jetzt haben wir uns heute Morgen Ihr Herz abgehört.
- 3 P: Ja.
- 4,5 A1: Morgen machen wir die Röntgenaufnahme des Magens nochmals. Da kontrollieren wir, wie das Geschwürchen aussieht.
- 6 P: Ja.
- 7,8,9 A1: Nich'? Und die Leberabklärung, die wird dann auch gemacht. Da haben wir heute das Blut abgenommen.
- 10 P: Ja.
- 11,12 A1: Schauen wir nach, wie das läuft. - Sonst ist sie zufrieden mit der Behandlung?
- 13,14 P: (schnell) Jaja! Sehr zufrieden! - (gespielt wehleidig) Nur die Kost schmeckt mir nicht!
- 15 A1: Haha, was hätten Sie denn lieber?
- 16,17 P: Das Geschlappere da! Bitte etwas Festes unter den Zähnen!
- 18 A1: Nein, das ist nicht gut für den Magen.
- 19 P: Aber doch wenigstens ein Stückle ... äh ...
- 20 A1: (wie mit einem unartigen Kind) Was "Stückle"?
- 21 P: Knäckebröt!
- 22 A1: Blutwurst, oder was?
- 23 P: Nein, nein, sell nit!
- A1: (lacht)
- 24 P: Aber ein bissle Knäckebröt und ein bissle Käse drauf!
- 25 A1: (zu S) Was kriegt sie denn jetzt?
- 26 S: Ulcus I.
- 27,28,29 A1: An sich hat sie das Ulcus ja schon länger. Nicht? Wie lange hat sie... haben Sie das jetzt? 6 Wochen, nicht?
- 30 S: Aber da wird ja wahrscheinlich...
- 31 P: Das Erbrechen?
- 32,33 A1: Ja... Aber das Erbrechen hat sich jetzt gegeben bei der Kost? Gell?
- 34 P: Ja, das ist schon weg.
- 35,36,37 A1: Dann warten wir jetzt erst mal zu. - (zu S) Und warten auch den Eisenwert ab. Dann wollen wir ihn dann eventuell dann (unverständlich zu S)

- S: (unverständlich, S spricht betont leise)
- 38,39,40 A1: (zu S) Ja. - (zu P) Nicht? Gell? Das entscheiden wir morgen. Oder...
- 41,42 P: Herr Doktor, darf ich schwarzen Johannisbeersaft ein bisschen trinken? - Ich hab daheim selber gemachten.
- 43,44,45 A1: Der Saft ist... Der ist an sich ein bisschen sauer. Also ich...
- 46 P: (unterbricht) Nein nein!
- 47,48,49,50,51 A1: ... würde den weglassen. - Naja, jaja! Aber der hat... Da ist Obstsäure drin. Den würde ich erst mal weglassen.
- 52 P: (enttäuscht) Oh!
- 53 A1: Gell?
- 54 P: Wegen dem frag ich.
- 55,56 A1: Jetzt nicht. Wollen bisschen abwarten.

3.3.1.3. Zweiter aufgezeichneter Personal-Patient-Kontakt
(II), dritter Aufenthaltstag der Patientin

- 1 A2: Hast Du den Befund schon mal gesehen von ihr?
- 2,3,4 A3: Nein. - Nein. Äh... Malignomverdacht - oder was? Hm?
- A2: (unverständlich)
- 5,6,7,8 A3: Ich ... Äh ... kenne ihre Anamnese nicht.- Den MDP-Befund? Oder was meinst Du jetzt? Was haben wir denn heute, den 18.?
- 9 A2: Ich habe den Befund nicht gesehen.
- 10 A3: Ist das heute gezeigt (in der Röntgenbesprechung)?
- 11 A1: Nein, ist nicht gezeigt worden.
- 12,13 A2: Ja, hat den jemand mal gesehen, den Befund? Von ihr, schon?
- 14 A1: (ironisch) Nein, haben wir nicht.
- 15 A2: Nein
- 16 A3: Ja was...
- 17 A2: (unterbricht, kontert ironisch) Haben Sie sich nicht darum gekümmert
- 18 A3: War das ein Verdacht oder ist es eins?
- 19 A1: Nein, das soll eins sein.
- 20,21 A3:(unverständlich) Ja, sind das aus... Sind das Fremd...diagnose?
- 22 A1: Nein, hier im Haus gemacht worden.
- 23 A3: Hier im Hause gemacht worden.
- 24,25 A2: Nja, also! - Dann müssen wir...
- 26 A3: ... anrufen.

- 27 A2: Jetzt ist gestern... heute 'ne Kontrolle
28 A1: (zu A3) Ulcus ventriculi behandelt.
29,30 A3: (leise) Schlicht und einfach (unver-
ständlich). Hm?
31 A1: (laut) Da soll ein Gastrodiagnost - Test
gemacht werden...
32,33 S: Das wird... können wir... haben wir heute
nicht machen können, weil sie heute einen
Magen hat. Das wird am ...
34 A1: Ja.
35 S: ... Dienstag gemacht.
36 A1: Ja.
37,38 A3: Hm. Dann sehen wir am Montag den Magen.
39 A1: Ja.
40,41 A3: Ja. - Und zur Anamnese, was war da?
42 A1: Seit 6 Wochen Schmerzen.
43 A3: Hm.
44,45,46 A1: Im Magenbereich. Und Übelkeit, Erbrechen.
47 A3: Hm.
48,49,50,51 A1: Pflgetochter mit 17 Jahren ein Kind.
Heiratet. Ein Sohn mit dem Moped oder
Motorrad verunglückt. Also alles bissle...
52 A3: (unterbricht) Stress.
53,54 A1: Stress, ja. (ironisch) "Stressulcus"!
55 P: (wissend) Jaja, Kinder!
56 A3: Sie bleibt noch ein Weilchen bei uns, ja?
57,58 A1: Ja. Da machen wir jetzt die Kontrolle und
schauen, wie's aussieht.
59 A3: Hm.
60 A1: Ich meine, wenn's jetzt schon 6 Wochen
läuft, dann könnte es schon ausgeheilt
sein, nicht?
61 A3: (nicht überzeugt) Hm.
62 P: Ich komm gerade vom ...
63 A2: (unterbricht) Wann ist das letzte Mal
geröntgt worden?
64 A1: Am 2.5.
65 P: Ja.
66 A2: Ja.
A1 und P: (gleichzeitig, unverständlich).....
67 A2: Gute 14 Tage.
A1 und P: (gleichzeitig, unverständlich).....
68,69,70 A2: Vielleicht isch schon...(zur Patientin'
Isch's schon besser! - Wie geht es Ihnen?
71 P: (zögernd) Ha... einmal hab ich
gebrochen da.
72 A2: Ja.
73 P: Aber der Stuhlgang... s' funktioniert
halt noch nit.
74 A2: Aber so sagt sie, verträgt sie die Kost
gut. Nicht?
75 A1: (erstaunt) Stuhlgang funktioniert nicht?
76,77,78,79,80 P: (vorwurfsvoll) Ha, Sie wissen's doch,
Herr Doktor! - Des isch doch nix...
Ha, man isst halt auch nit viel. Es geht
nit viel fort. - Daheim hab ich halt besser
gespachtelt, da hab ich...

- 81 A2: (unterbricht, zu A1 gewandt) Da machen wir mal ein Klysma
- 82,83 P: halt alle Tage brechen müssen, nit? Jetzt, da...
- 84,85 A1: (unterbricht) Ha ja, ich meine... Da können wir ihr ja was geben.
- 86 A2: (zur Patientin) Haben Sie mal Teerstuhl gehabt?
- 87 P: Bitte?
- 88 A2: Haben Sie daheim mal Teerstuhl gehabt?
- 89,90 A1: (erklärend) Teerstuhl. Schwarzer Stuhl.
- 91 P: Nein nein nein nein nein nein nein nein.
- 92 A2: Nie?
- 93 P: Da hab ich immer kontrolliert.
- 94,95 A2: Immer kontrolliert. Prima!
- 96 A3: Ja. Gut!
- 97,98 A1: Die kriegt jetzt ein Digimerck. Doch, Digimerck sollte sie haben!
- A2: (unverständlich)
- 99,100,101 A1: Ich weiss jetzt nicht. Digimerck. Heute eine Ampulle Digimerck?
- 102,103,104,105 S: Nein, gestern hat sie eine Ampulle gehabt, und dann hat's geheissen, jetzt soll sie dann auf Tabletten. Das hat doch gestern der Chef gesagt. Und dann wird sie sagen, wie das ist mit den Tabletten. Sie hat heute noch keine Tablette, und gestern hat sie auch keine Tabletten mehr gehabt.
- 106 A1: Gebt ihr mal heute drei Tabletten!
- 107 S: Zwei Digimerck.
- 108,109 A1: Fangt jetzt gleich mal an: um halb elf die erste...
- 110,111 S: (unterbricht) Nein, jetzt... Ja, sie kann jetzt...
- A1: (unterbricht, unverständlich).....
- 112 S: Sie kann jetzt nicht zwei vertragen!
- 113 A1: Also um halb zwölf wird sie nochmal geröntgt?
- 114 P: Mhm.
- 115,116 A3: Hat sie eine Tachyarrhythmia? Sinustachykardie?
- 117,118 S: Da müssen wir nachher anfangen, wenn sie essen darf. Alle drei Stunden.
- 119 A1: Ja.
- 120,121 S: Das weiss sie ja selbst. - Oder alle vier Stund... alle drei Stund.
- 122 A1: Hm.
- 123 A3: Und wie soll das dann weitergehen, morgen?
- 124 A2: Wenn Sie fertig sind (es geht um die Betreuung über das Wochenende)...
- 125,126 S: Und wieviel soll man ihr dann morgen...? Wer ist denn morgen da von den Herren?
- 127 A1: (aufsässig) Es ist keiner da von den Herren.
- 128,129 A3: Doch! Ich habe Dienst.

130,131,132 A1: Ja. Das passt ja ganz gut. Da kann man ihr drei heute geben und morgen vielleicht zwei.

133 S: Zwei.

134 A3: Und am Sonntag dann mal...

135 A1: ... eine.

136,137 A3: Eine. Und so weiter.

138 P: (versucht, Reste von Bariumbrei am Mund wegzuwischen) Ich bring das hier schier nimmer weg!

139 A1: Ja. Gell?

140,141 A3: Hm. - (zu A1) Was war denn mit dem EKG?

142,143 A1: EKG? War 'ne absolute Arrhythmie.

144 A3: Tachyarrhythmia absoluta.
(gehen zum nächsten Bett)

3.3.1.4. Das Interview, 9. Aufenthaltstag der Patientin

Am 9. Aufenthaltstag wurde ein strukturiertes Interview durchgeführt, das die Patientin jedoch häufig mit eigenen Initiativen und Einfällen durchkreuzte.

Sie selbst leitete das Gespräch mit folgender Schilderung ihres Zustandes ein: "Der Hausarzt hat gesagt, 'Hör mal, lass dich untersuchen!'. Der von ihr konsultierte Röntgenologe habe gemeint, 'es sieht nicht gut aus'. Dies habe den Hausarzt wiederum veranlasst, sie umgehend ins Krankenhaus einzuweisen. Zuvor sei sie jedoch noch zum Notar gegangen und habe ihre Vermögensverhältnisse testamentarisch geordnet.

Ihre Mitteilungen über sich selbst bestehen in einem Abwägen und Schwanken zwischen Hoffnung und Resignation: "Wenn es nicht gut geht, man nimmt es wie es kommt. Aber mein Leben war erfüllt mit Freude und mit Leid." -

Auf die Frage, wie sie sich im Krankenhaus und mit ihren Mitpatientinnen zurechtfinde, präsentiert sie sich auch von ihrer unerschütterlichen Seite: "Man muss sich wohlfühlen, dann fühlt man sich auch wohl." - "Wenn man 43 Jahre Hebamme ist, dann ist man schon etwas gewöhnt." - "Man muss doch mit anderen auskommen."

Darauf, ob es nichts gäbe, vorüber sie sich beschweren könne, antwortet sie: "Und wenn, beschweren würde ich mich nie!

Die haben es alle schwer genug. Das würde ich nie machen, andere in Ungelegenheiten bringen. Ich habe keine Klage, man hat so schöne Ruhe." Meint dann aber auf die Frage, ob es für einen Patienten, wenn er sich ständig beschwere, Nachteile mit sich bringe: "Ein bisschen auf den Kicker werden sie ihn schon bekommen."

Auf die direkte Frage, welche Krankheit sie habe, reagiert sie unentschieden: "Ein chronisches Geschwür am Magenföhrner. Deshalb entleert sich der Magen nicht mehr ganz. Der Hausarzt meint, das kommt von den vielen Sorgen.

Die 17jährige ist schwanger, der Sohn ist vor zwei Monaten mit dem Motorrad verunglückt. Hier im Krankenhaus meint man, das Geschwür habe ich schon lange." - Und später: "Ich habe gesagt, ihr könnt mir alles sagen. Ich bin kein Baby. Ich bin auf alles gefasst und rechne mit nichts Gutem, weil ich so abgenommen habe." - "Was sie mir sagen wollen, das sagen sie. Was sie nicht sagen wollen, verschweigen sie doch! Aber ich weiss dann schon Bescheid."

Auf die Frage, ob es Themen gäbe, die sie gerne mit ihrem Arzt besprechen wolle, meint sie: "Die Wahrheit sagen sie ja doch nicht! (zögernd:) Aber ich glaube doch eher nicht... Wie ich gehört habe, ist der Stuhl dann immer blutig. Das starke Abnehmen ist darauf zurückzuführen, dass der Magen nichts mehr aufnimmt."

Die Frage danach, ob sie den Eindruck habe, dass der Doktor ihr genug über ihren Krankheitszustand erzähle, verneint sie und interpretiert dies, indem sie sagt, "sie wollen einen nicht beunruhigen."

3.3.2. Auswertung der Personal-Patient-Kontakte nach formalen und inhaltlichen Kriterien

Zunächst sollen - auch anstelle einer Zusammenfassung der Ergebnisse des vorigen Kapitels - die beiden Personal-Patient-Kontakte auf die wichtigsten strukturellen Merkmale befragt werden.

Die von uns beschriebene formale Struktur ist auch hier

in wesentlichen Eigenschaften auffindbar: Im ersten Personal-Patient-Kontakt (I) liegt der Schwerpunkt der Redeaktivitäten auf der Personal-Patient-Kommunikation (49 von 56 Sätzen), im zweiten Personal-Patient-Kontakt (II) spricht das Personal ganz überwiegend untereinander (115 von 154 Sätzen). In beiden Personal-Patient-Kontakten findet sich demnach eine Kommunikation mit dem und über den Patienten. Die Sprechaktivitäten innerhalb der Personal-Patient-Kommunikation sind in ihrem Umfang einander angenähert, besonders deutlich in (II) (P: 18, Pers.: 30 in (I); P: 16, Pers.: 15 in (II)).

Mehrere krankheitsbezogene Themen kommen zur Sprache: im ersten Personal-Patient-Kontakt in Form initiativer, reaktiver und impliziter Information, im zweiten Personal-Patient-Kontakt als initiative und implizite Information. Die Themenbereiche sind: die Therapie, Untersuchungsergebnisse, vorgesehene Untersuchungen, therapeutische Anweisungen (als reaktive Information in (I)), allgemeine Informationen zur Krankheit (in (II)) sowie die Entlassung (in (II): 56,57).

Die Personalkommunikation über krankheitsrelevante Themen (implizite Information) macht den überwiegenden Anteil der Gesamtsprechaktivitäten im zweiten Personal-Patient-Kontakt aus. Initiative Information liegt quantitativ weit darunter (5 Sätze in (I): Untersuchungsergebnisse, vorgesehene Untersuchungen (2,4,5,8,9); 1 Satz zur Krankheit in (II)(69)). Atypisch ist die lange Passage reaktiver Information im ersten Personal-Patient-Kontakt von insgesamt 13 Sätzen. Der zweite Personal-Patient-Kontakt enthält keine reaktive Information.

3.3.3. Strukturelle Probleme in der Interaktion

Im Vollzug der Interaktion werden wiederum einige der bereits verallgemeinernd beschriebenen Interaktionsprobleme deutlich. Sie sollen hier am konkreten Einzelfall noch einmal rekapituliert und - wo möglich - differenziert werden.

3.3.3.1. Die Sprache des Arztes ist nicht die Sprache des Patienten

Wenn wir einzelne Begriffe aus der initiativen und vor allem auch der impliziten Information herausfiltern, von denen wir mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen können, dass die Patientin ihre volle Bedeutung nicht übersieht, so kommen wir auf eine nicht unbeträchtliche Zahl:

"Leberabklärung" (8), "Eisenwert" (36) in (I);
"MDP-Befund" (6), "Gastrodiagnost-Test" (31),
"Tachyarrhythmia" (115), "Sinustachykardie (116),
"absolute Arrhythmie" (143), "Tachyarrhythmia absoluta" (144)
in (II).

So wird der gesamte Inhalt der Sätze 97 ff. in (II) für die Patientin unverstehbar bleiben. - Wenn das Personal darüber hinaus bemüht ist, einem Verständnis aktiv entgegenzuarbeiten, wird die Interaktion durch ein zusätzliches Problem konfliktreich (s. hierzu (II) 1-67). An dieser Stelle war ja vom Personal offenbar zweierlei intendiert: einerseits, sich über die Diagnose untereinander zu verständigen, da das Informationsniveau der Ärzte ungleich war, andererseits aber die Patientin mittels diffuser Transaktionen über den tatsächlichen Charakter ihrer Erkrankung im Unklaren zu belassen. Dass dies Spannungen mit sich brachte, lässt die abschliessende Bemerkung der Ärztin "Vielleicht isch schon... isch's schon besser!" vermuten.

Eine hohe Evidenz gewinnt unsere Behauptung über die Interaktionen 86 bis 91 in (II). Hier musste eine Verständigung deshalb herbeigeführt werden, weil die Ärzte nach einem differentialdiagnostisch relevanten Symptom fahndeten. Während die Ärztin zunächst davon ausgeht, dass der Begriff "Teerstuhl" der Patientin ohne weiteres geläufig ist, muss sich der Stationsarzt an dieser Stelle einschalten, um den Begriff zunächst überhaupt erst einmal zu explizieren. Erst infolge dieses Übersetzungsschrittes wird eine Verständigung möglich und die gewünschte Information über die Patientin zugänglich. Diese Übersetzungsarbeit wurde,

wenn "nur" auf dem Spiel stand, die Patientin auf ein höheres Informationsniveau zu heben, nicht geleistet.

3.3.3.2. Widersprüchliche Informationen kann der Patient ohne Unterstützung nicht auflösen

In den zwei Personal-Patient-Kontakten, d.h. innerhalb von zwei Tagen, erhält die Krankheit der Patientin durch kompetente Interaktionspartner 5 verschiedene Namen: "Geschwürchen" ((I), 5), "Ulcus" ((I), 27), "Malignomverdacht" ((II), 4), "Ulcus ventriculi" ((II), 28) und "Stressulcus" ((II), 54). Dass sich hinter den verschiedenen "Diagnosen" unterschiedliche Intentionen verbergen, ist für den medizinisch erfahrenen Beobachter ohne weiteres durchsichtig: zu verschleiern und damit die Patientin nicht zu beunruhigen, wenn man ihr gegenüber verharmlosend von einem "Geschwürchen" spricht; eine Verständigung der Ärzte untereinander herbeizuführen, wenn die Vorgeschichte zur Diskussion steht ("Malignomverdacht", "Ulcus"); oder schliesslich die ironisch gemeinte Herstellung eines (hier fiktiven) Zusammenhanges zwischen Magenulcus und psychischer Problematik, wenn der Medizinalassistent die Bemerkung "Stressulcus" so nebenbei fallen lässt.

Für die Patientin hat dies - so scheint es mir - zunächst nur eine, empathisch nachvollziehbare Konsequenz: derartige Widersprüche führen zu Verwirrung, Unsicherheit und Angst, wie sich im Interview deutlich zeigt.

3.3.3.3. Der Patient hat sich den Interaktionsbedürfnissen des Personals unterzuordnen

Wir hatten bereits festgestellt, dass der Arzt in seiner dominierenden Rolle Drehpunkt und Motor der beiden miteinander verwobenen Gesprächsverläufe ist.

Auch dies vermittelt das Fallbeispiel sehr deutlich: im zweiten Personal-Patient-Kontakt versucht die Patientin an drei Stellen, sich aktiv ins Gespräch zu bringen. Zunächst mit der Bemerkung "Jaja, Kinder!" (55), worauf keine Reaktion erfolgt. Kurz später (64 - 67) unternimmt sie einen zweiten Versuch, ohne dass es ihr gelingt, sich sprachlichen Raum zu erobern: der Stationsarzt spricht während zwei Ansätzen von ihrer Seite parallel mit seinen Kollegen weiter. Der dritte Versuch, wo sie schliesslich noch ein Stück ihrer weiblichen Eitelkeit mit ins Spiel bringt und aufs Spiel setzt, indem sie verschämt auf Reste von Bariumbrei an ihren Lippen hinweist, bewirkt auch nur eine äusserst knappe Reaktion von Zuwendung: "Ja. Gell!" (s. Anm. 12).

3.3.3.4. Bei Personalkonflikten ist der Patient nur ein hilfloser Zuschauer

Wir hatten als ein Merkmal der impliziten Information festgehalten, dass bei differenten Auffassungen des Personals der Patient zum passiven Zuschauen verurteilt ist. Auch hierfür findet sich im zweiten Personal-Patient-Kontakt in den Sätzen 97 ff. ein eindrückliches Beispiel. Die Schwester weigert sich hier, die therapeutischen Anordnungen des Arztes zu befolgen. Der Konflikt wird vor den Augen der Patientin vom Personal ausgetreten, ohne dass sie die geringste Chance hätte, klärend einzugreifen, obgleich der Gegenstand der Auseinandersetzung sie selbst als "therapeutisches Problem" ist.

Anm.: 12 Dass hier ein Beziehungsangebot, eine ins Auge fallende Konstellation einer metakommunikativen Flash-"Chance" (E. BALINT, 1975) vom Arzt verfehlt wurde, vermag allein schon der schriftliche Text zu vermitteln.

3.3.3.5. Beziehungsprobleme werden als solche weder
wahrgenommen noch versprachlicht

Diese Bestimmung fasst alle vorausgegangenen Charakterisierungen noch einmal unter einem übergeordneten Gesichtspunkt zusammen. Denn mir erscheint weniger die Tatsache störend oder beängstigend, dass Ungeheimheiten, Widersprüche und Reibungen in der Interaktion auftreten, als der eingefahrene Mechanismus, darüber hinwegzugehen, als bestünde hierin kein Problem. In erster Linie erscheint hier die Patientin alleingelassen, indem Konflikte heraufbeschworen werden, die zusätzlich zum Faktum der akuten schweren Erkrankung durch die Interaktion selbst bedingt sind. - Eine mögliche Klarifizierung bestünde darin, eine "Metaebene" zu gewinnen (WATZLAWICK 1969), die Interaktionsprobleme selbst anzusprechen und auf diesem Wege Verunsicherung und Angst in der Situation ihrer Entstehung zu begegnen.

3.3.3.6. Der Patient muss sich die Wirklichkeit des
Krankenhauses aneignen

Eine Erscheinung in der Interaktion, die nicht nur für diesen einen Personal-Patient-Kontakt empirische Geltung beanspruchen kann, betrifft ein letztes, qualitativ etwas anders geartetes Interaktionsproblem. -

Sehr deutlich scheint in der Passage 41 - 56 im Personal-Patient-Kontakt (I) das Bedürfnis der Patientin auf, im Gewand des "schwarzen Johannisbeersaftes" ein Stück ihrer alltäglich-vertrauten heimischen Umgebung in das Krankenhaus hinein zu transportieren. Die Verweigerung

dieses Wunsches durch den Arzt scheint mir verstehbar als ein Akt der Abgrenzung zwischen äusserer Wirklichkeit zu Hause und innerer Wirklichkeit des Krankenhauses und als ein Akt der Anpassung an das Krankenhaus in Form der Forderung, Verzicht auf einen Gegenstand krankenhausfremder Realität zu leisten. Der Sinn dieser kurzen Szene wäre interpretierbar als Mitteilung, durch die der Patientin nahegelegt wird, das Krankenhaus vorübergehend als "home away home" (COSER 1956) zu akzeptieren, als Initiationsritual. (Bezeichnenderweise spielte sich diese Szene am zweiten Aufenthaltstag ab.)

4. Interpretation der Ergebnisse und Diskussion

Über eine formale und inhaltliche Interpretation der Visitenprotokolle wurde deutlich, dass die Visite eine hochgradig regelgeleitete Veranstaltung im Alltag des Krankenhauses darstellt. Strukturelle Gleichförmigkeiten liessen sich über alle vier Stationen hin mit hoher Konstanz nachweisen, wenn wir davon ausgehen, dass nicht jedes der beschriebenen Merkmale in jedem Personal-Patient-Kontakt obligatorisch zu fordern ist: eine einschränkende Prämisse, ohne die Untersuchungen von sozialen Kontexten ohnehin nicht auskommen.

Bereits aufgrund einer formalen Charakterisierung, wobei "formal" bedeutet, dass zunächst sehr äusserliche und unzweideutig zu erhebende Eigenschaften anvisiert wurden - eine völlige Loslösung vom Inhaltlichen ist weder möglich noch denkbar -, traten einzelne Strukturmerkmale der Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Visitensituation hervor.

Es ist unmittelbar einsichtig, dass im Formalen die Beziehungs"matrix", das Raster, in das unterschiedliche Inhalte eingebettet und verwoben werden, am deutlichsten sichtbar wird. Eine Betrachtung formaler Elemente gibt mit geringstem interpretativem Aufwand Aufschluss über die Generierung der Struktur sprachlicher Kommunikation durch die Interaktanten, über den Zusammenhang zwischen der Organisation der Visite als sozialem Arrangement und dem in sie eingebetteten sprachlichen Austausch.

In einem zweiten Schritt, der zugleich eine Einengung beinhaltet, wurde über inhaltliche Kategorien auf den Transport von Krankheitsinformation fokussiert. Auch unter diesem Aspekt war das Ausmass wiederkehrender Regelmässigkeiten erheblich.

Schliesslich wurde versucht, eine dritte Ebene einzuführen, die überwiegend interpretativ-kasuistisch Aspekte der Beziehungs- und motivationalen Struktur der Interaktanten ins Blickfeld hob.

Neben dem Herausschälen empirischer Regelmässigkeiten sollte es jedoch darüber hinaus darum gehen, Überlegungen zur Dynamik der Strukturen, zu ihrer Funktion auf der Ebene subjektiver Bedeutungen anzustellen und "Um-zu-Motive" überindividueller Wertigkeit namhaft zu machen.

Diese "Um-zu-Motive" bzw. Strategien in der Interaktion wären alternativ von seiten des Patienten oder von seiten des Arztes her formulierbar. Hier wird der letztere Weg gewählt, und dies aus zwei Überlegungen heraus: erstens erscheint mir evident, dass der Arzt (im Folgenden wird jetzt wieder in Rückbezug auf die Einleitung überwiegend vom "Arzt" und nicht mehr allgemein vom "Personal" gesprochen) die Schlüsselstellung in der Beziehung und damit auch während der Visite innehat. In Analogie zu den zitierten Arbeiten aus der Familienforschung sollen in erster Linie die Motive des handlungsdominanten Interaktanten zur Interpretation der sprachlichen Interaktionen herangezogen werden. - Zweitens kann eine reflexive Distanzierung von eingeschliffenen Verfahrens- und Verhaltensweisen, die möglicherweise Auswirkungen auf der pragmatischen Ebene haben soll, zunächst nur vom Arzt und nicht vom Patienten in seiner vielgesichtigen Position von Ohnmacht und Schwäche erwartet werden; dies lehren alle bisherigen Ansätze einer patientenzentrierten Medizin.

Vier Begriffe scheinen mir für ein Verstehen sprachlicher Kommunikation zwischen Arzt und Patient über interpretative Kraft zu verfügen; es sind dies der Begriff der

Einengung, der Passivierung, der Fixierung und der Regressivierung.

Analog zur Darstellung der Ergebnisse nimmt auch hier der Grad der Interpretation über die vier Begriffe hin kontinuierlich zu: Einengung und Passivierung sind noch weitgehend der Ebene von Beobachtbarkeit angenähert; ihre charakteristischen Merkmale sind überwiegend im Bereich des "settings" und in formalen Eigenschaften der Kommunikation angesiedelt.

Die Begriffe der Fixierung und der Regressivierung implizieren Vorstellungen über stattfindende oder stattgehabte Aushandlungs- und Aneignungsprozesse und beziehen ihre charakteristischen Bestimmungen vorwiegend aus dem Inhaltlichen sowie aus der Beziehungs-"atmosphäre".

4.1. Einengung

In unserem Zusammenhang bedeutet Einengung das Abstecken eines begrenzten Rahmens und Raumes für kommunikativen Austausch durch die Mitglieder der Institution, den der Patient nicht nach Belieben überschreiten, erweitern oder umdefinieren kann.

Die empirische Tatsache, dass die Visite in der Regel einmal täglich stattfindet und dass der Patient sie im Krankenzimmer meist liegend erwartet, scheint mir für die Strukturierung der Interaktion von grosser Bedeutung zu sein: Zuwendung wird dem Patienten im Rahmen institutioneller Vorgegebenheiten zu bestimmten Zeiten zuteil, sie wird ihm zugeteilt, indem der Kranke immobil verharret, während die Bewegung, das bedeutet aber auf einer weiteren Ebene die Verfügung über Zeit, dem Visitenteam zugeordnet ist. Hiermit steht den Mitgliedern der Institution ein hochwirksames Instrument zur Verfügung, die Kommunikation von aussen zu strukturieren, sie aufrechtzuerhalten bzw. abzubrechen.

Darüber hinaus kann sich das Personal untereinander beliebig in Beziehung setzen, während der Patient nicht über Kommunikationspartner auf gleicher Ebene verfügt, auf die er zurückgreifen und ausweichen kann. Er kann, unter Angstdruck geraten, nicht ohne weiteres emotional entlastende Allianzen bilden. Im Zentrum der Aufmerksamkeit stehend, ist er Konflikten viel unmittelbarer ausgesetzt als die übrigen Interaktanten, die in brisanten und ängstigenden Situationen den Dialog in einen anderen Kanal umleiten (indem z.B. der Arzt einen Adressatenwechsel in Richtung auf die Schwester vornimmt), vom Thema abbiegen oder das Gespräch abbrechen können.

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der quantitativen Auswertung (Abb. 3, S. 68,69), dass innerhalb des Gesprächsstrangs Personal-Patient tendenziell beide Teile vom Umfang her in gleichem Masse aktiv sind (mit einer geringen Verschiebung zu Ungunsten der Patienten). Vom Patienten her gesehen bedeutet dies, dass ihm innerhalb der Visite typischerweise kein Raum verfügbar gemacht wird, sich gegenüber vorwiegend rezeptiven Partnern seinen Bedürfnissen entsprechend darzustellen.

4.2. Passivierung

Einwirkungen auf den Kranken im Sinne einer Passivierung scheinen aus dem sprachlichen Verhalten der Patienten plausibel erschliessbar. Dass diese beobachtete Passivität - über Prozesse in der Interaktion selbst hinaus - ursächlich auch durch andere Faktoren mitbedingt ist oder sein kann (Krankheit, Primärpersönlichkeit, Tageskon-
dition u.a.), wird nicht in Frage gestellt sondern bewusst ausgeblendet. In diesem Zusammenhang geht es alleine darum, Überlegungen dazu anzustellen, wieweit passives Verhalten von Patienten als eine Folge der Interaktionsprozesse selbst verstehbar erscheint.

Die quantitative Auswertung der Protokolle zeigte, dass die Patienten durchgängig die geringste Chance hatten, sich den grössten Anteil an der sprachlichen Kommunikation zu sichern, am meisten sprachen Ärzte und Schwestern (s. Abb. 2, S. 65,66).

Ogleich zahlreiche Studien zu dem übereinstimmenden Ergebnis kommen, dass Patienten in hohem Masse motiviert sind, Informationen über ihre Krankheit zu erhalten, artikuliert sich dieses Interesse nur in mässigem Umfang auf sprachlicher Ebene: Auf den vier Stationen war der geringste Anteil der Krankheitsinformationen, die Ärzte gaben, auf die Initiative der Patienten zurückzuführen: reaktive Information innerhalb der Personal-Patient-Kommunikation lag zwischen 3,4 und 8,1 %. In überwiegender Masse informierten die Ärzte die Patienten spontan, indem sie auch die thematischen Schwerpunkte, die sie dabei ansprachen, selbst setzten (zwischen 10,2 und 14 %) (s. Tab. 4, S. 74).

Nur in 7 von 112 Personal-Patient-Kontakten stellten die Patienten Fragen zu ihrer Krankheit, wenn der Arzt selbst keine Anstalten gemacht hatte, initiativ und an den Kranken direkt gerichtet krankheitsbezogene Inhalte zur Sprache zu bringen (s. Abb. 7 und Tab. 8, S. 81).

Die Interpretation liegt nahe, dass der Patient umso eher dann seine Scheu verliert, den Arzt zu fragen, wenn dieser selbst bereit ist, Informationen zu geben (32 Fälle, wo zugleich initiativ, reaktiv und implizit Information zur Sprache kam). Verweigert diese der Arzt, reagiert der Patient mit Rückzug und verhält sich passiv.

Diese Interpretation korrespondiert auch mit der Beobachtung, dass initiative und reaktive Information innerhalb der Personal-Patient-Kommunikation auf drei Stationen parallel anstiegen: Auf den Stationen 1 und 3 lag der Anteil initiativer Information mit 10,2 und 12 % am niedrigsten;

ebenso die Anteile reaktiver Information mit 4,9 und 3,4 %. Auf den Stationen 2 und 4 informierten die Ärzte initiativ in grösserem Umfang: initiative Information lag bei 13,5 und 14 %; auch die reaktive Information zeigte dort in unserem Sinne "günstigere" Werte von 7 und 8,1 % (s. hierzu Tab. 4, S. 74).

4.3. Fixierung

Der Begriff der Fixierung wird in unserem Zusammenhang nicht in der Bedeutung, die ihm innerhalb der psychoanalytischen Theorie zukommt, verwandt. Vielmehr geht es hier darum, einen Aspekt der Beziehung zwischen Arzt und Patient zu charakterisieren, der durch die Herstellung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit des Patienten über ausschliesslich dem Arzt vorbehaltene Legitimations- und Definitionsbereiche gekennzeichnet ist, Bereiche, die nicht von Mitgliedern anderer Berufsgruppen der Institution mitgetragen oder auf diese übertragen werden.

In ihrer Auswirkung auf die Interaktion zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus kann man die Tatsache kaum überschätzen, dass allein der Arzt das Recht hat, den Patienten über seine Krankheit zu informieren, dass er die letzte und alleinige Instanz ist, die die Informationspolitik handhabt. Hierdurch erhält die Visite ihre eminente subjektive Bedeutung für den Patienten. Sämtliche Informationen zur Krankheit werden erst dann zu einem verbindlichen Orientierungsangebot, wenn sie vom Arzt selbst mitgeteilt werden. Äusserungen des Pflegepersonals haben immer nur provisorischen Charakter, stellen vorläufige Anhaltspunkte dar, solange sie nicht vom Arzt selbst reformuliert oder explizit bestätigt werden.

Die Auswertung der Visitenprotokolle zeigte jedoch nicht nur, dass der Arzt auch bei den von uns untersuchten Patienten fast ausschliesslich als Informant fungierte (nur äusserst selten übernahm die Stationsschwester stellvertretend seine Funktion, während, wenn mehrere Ärzte an einer Visite beteiligt waren, die Informationsweitergabe meist problemlos unter den Ärzten aufgeteilt wurde), sondern es zeigte sich darüber hinaus, dass er - und nicht der Patient - über seine dominante Aktivität im Informationsprozess die thematischen Relevanzen definierte. Der Arzt wählte aus, welche Aspekte der Krankheit vorrangige Bedeutung haben, welche von untergeordneter Wichtigkeit sind und welche nur einen sehr geringen oder gar keinen Stellenwert haben. Sein Krankheitsverständnis bestimmte die Optik, durch die alle Interaktanten - der Patienten eingeschlossen - die Krankheit betrachteten.

Nur über eine Identifizierung der Patienten mit dem "medizinischen Modell" der Ärzte scheint mir verstehbar, dass die Fragen der Kranken so deutlich in dieselbe Richtung zielten wie die Themen, die die Ärzte ansprachen; dass technische Aspekte im Umgang mit der Krankheit, wie Fragen zum therapeutischen Vorgehen und nach Untersuchungsergebnissen an erster Stelle der reaktiven Information rangieren.

Es scheint mir evident, dass hier auf sprachlicher Ebene sichtbar wird, dass sich die Patienten die ärztliche Pragmatik zueigen gemacht haben, wobei sie - ebenso wie der Arzt - auf die Ebene der praktischen Handhabung ihrer Krankheit im Hier und Jetzt fokussieren (Anm. 13).

Anm. 13: Hierbei muss die (nur empirisch zu klärende) Frage offenbleiben, in wieweit die Patienten diese Pragmatik bereits als Vorwissen ins Krankenhaus und die Interaktion mitbringen und hineintransportieren, bzw. wieweit eine rasche Einstimmung auf die Relevanzen des Arztes erfolgt. Beide Komponenten spielen wahrscheinlich eine Rolle.

Der Bereich der Prognose wurde von den Ärzten weitgehend ausgeklammert, von den Patienten selten thematisiert. Auch wenn alle prognostischen Kategorien zusammengefasst werden (längerfristige, kurzfristige klinische Prognose, soziale Prognose), steht dieser Themenbereich sowohl bei der initiativen wie auch bei der reaktiven Information erst an vierter Stelle, wobei die soziale Prognose - bei einer Stichprobe mit einem hohen Anteil chronisch kranker und schwerkranker Patienten - im Gespräch so gut wie keine Berücksichtigung fand (Anm. 14).

4.4. Regressivierung

Über den Begriff der Regressivierung werden Vorgänge in der Interaktion beschrieben, die von ihrer Dynamik her den Patienten in Hinblick auf das Rollen-Cliché von "Erwachsenensein" im sozialen Kontext, verbunden mit Vorstellungen von symmetrischer Gegenseitigkeit, Aushandlungsprozessen auf rationaler Ebene, persönlicher Autonomie, Entscheidungs- bzw. Mitentscheidungskompetenz und anderen ähnlichen Erwartungen an interpersonelle Begegnungen in Frage stellen. Normative Vorstellungen über Qualitäten der Erwachsenenwelt sind hier

Anm. 14: Sehr diskret scheint sich (bei einer detaillierten Interpretation der Ergebnisse, die unter Berücksichtigung der Stichprobe mit Sicherheit zu weit greift und spekulativ ist) eine mögliche Diskrepanz zwischen ärztlichen Relevanzen und Patienteninteressen anzudeuten: Ein Hinweis auf ein stärkeres prognostisches Interesse scheint mir darin zu liegen, dass das Thema der Entlassung relativ häufiger vom Patienten als vom Arzt angesprochen wurde, eine Beobachtung, die in Richtung auf ein Bedürfnis der Patienten nach Ablösung vom Hier und Jetzt der Hospitalisierungssituation interpretiert werden könnte.

zweifelsohne enthalten. - Der Begriff der Regression hat für die Beschreibung und Interpretation der Situation von Patienten in der Literatur bereits eine längere Tradition, an die auch hier angeknüpft wird (Anm. 15), wobei wiederum die Frage im Zentrum steht, wie weit regressive Prozesse im Patienten sozial induziert sind und als ihm nahegelegte und zum Teil auferlegte begriffen werden müssen.

Anm. 15.: Überlegungen zur Regression bei stationären Pat.:

Eine Grundannahme der Psychoanalyse ist, von FREUD ausgehend, die Entwicklung der Persönlichkeit in progressiven Stufen zu höherer Komplexität, Strukturierung und Differenzierung. Danach wird jedes aktuelle Verhalten durch zurückliegende Erfahrungen auf mehreren Ebenen determiniert, wobei stets die Möglichkeit eines Wiederauflebens der infantilen Vergangenheit im Individuum gegeben ist. In "Das Interesse an der Psychoanalyse" (1913) schreibt FREUD:

"Eine andere ... Entdeckung hat zum Inhalt, dass von den infantilen seelischen Formationen trotz aller späteren Entwicklung beim Erwachsenen nichts untergeht. Alle Wünsche, Triebregungen, Reaktionsweisen, Einstellungen des Kindes sind beim gereiften Menschen nachweisbar noch vorhanden und können unter geeigneten Konstellationen wieder zum Vorschein kommen. Sie sind nicht zerstört sondern bloss überlagert, wie die psychoanalytische Psychologie in ihrer räumlichen Darstellungsweise sagen muss" (S. 412 f).

Und in "Zeitgemässes über Krieg und Tod" (1915):

"... die primitiven Zustände können immer wieder hergestellt werden, das primitive Seelische ist im vollsten Sinne unvergänglich" (S. 337).

Jedes Verhalten sei "überdeterminiert", d.h. Verhalten konstituiert sich in Folge von Einigungsprozessen im Ich zwischen Triebwünschen des Es, Forderungen des Über-Ich und Bedingungen der äusseren Realität. "Jedes Verhalten hat Ich-, Es-, Über-Ich-, Realitäts- usf. Komponenten." (RAPAPORT, S. 44). Funktionszustände des psychischen Apparates, in denen eine Verschiebung zugunsten älterer psychischer Formationen und Prozesse stattfindet, bezeichnet FREUD als "regressiv" und unterscheidet entsprechend seinen Modellen

- 1) eine temporale Regression "i.S. des entwickelten Schemas der psychischen Systeme"
- 2) eine zeitliche Regression "insofern es sich um einen Rückgriff auf ältere psychische Bildungen handelt", wobei zu trennen ist zwischen Objekt-Regression, Libido-Regression und Ich-Regression.

Die formale Auswertung der Visitenprotokolle ergab, dass in 90 von 112 Personal-Patient-Kontakten Ärzte und Schwestern sowohl mit den Patienten wie auch über

3) eine formale Regression, "wenn primitive Ausdrucks- und Darstellungsweisen die gewohnten ersetzen."

In diesem Zusammenhang meint FREUD die Ablösung des Sekundärprozesses durch den Primärprozess im Traum (FREUD, 1900, S. 554).

Verschiedene intrapsychische Abläufe werden mit Hilfe dieses Begriffes beschrieben und theoretisch hergeleitet: Die Entstehung einer Neurose und Psychose, das Geschehen im Traum, der temporäre Rückzug aus der Realität beim Trauernden, das Phänomen der Übertragung im psychotherapeutischen Prozess u.a.m..

Auf Grund der Annahme der Überdeterminiertheit jeden Verhaltens sei jedoch

"Regression als Rückkehr zu früheren Funktions- und Verhaltensformen ... immer ein Partialaspekt des Gesamtverhaltens, das als solches eine neue Gestalt aus einzelnen regressiven wie nicht-regressiven Elementen hervorbringt. Danach kann unter dem genetischen Aspekt gesehen der sog. regressive Zustand nicht als exaktes Äquivalent einer früheren Entwicklungsorganisationsstufe angesehen werden. Zwar bestehen wichtige Ähnlichkeiten, andererseits ergeben sich wesentliche Unterschiede. Sie sind u.a. dadurch bedingt, dass das sich entwickelnde Subsystem Zugang hat zu Ich-Apparaten autonomer Natur, die früher in der infantilen Stufe nicht zur Verfügung standen" (LOCH, 1972).

Bei der weiteren Differenzierung und Ausarbeitung der Ich-Psychologie in der Nachfolge FREUD's (KRIS, 1936), wird dieser Aspekt weiter ausgeführt: Regression kann sowohl "im Dienste des Ich", d.h. eines reifen Ich stattfinden; sie verläuft dann mehr oder weniger willkürlich, absichtlich, frei (Spiel, anschauliches Denken). Oder sie wird von einem unreifen Ich erlitten, ist ein unwillkürlicher, erzwungener Prozess. Ein solches unreifes Ich regrediert als Folge "der Verarbeitung frustrationsbedingter Konfliktsituationen" (LOCH, 1963/64). Regression wäre hiernach die unspezifische Folge einer angstausslösenden Versagungssituation. Nach A. FREUD (1958) ist Regression ein pathologischer Abwehrmechanismus, nach MEERWEIN (1969) "die Antwort eines noch nicht genügend entwickelten oder in seinen Funktionen durch andere Abwehrleistungen bereits geschwächtes Ich auf eine nicht anders zu bewältigende Notsituation."

sie sprachen (S. 63); weiterhin, dass bei hohem Schweregrad und schlechter Prognose die Tendenz, vermehrt über die Kranken und weniger mit ihnen zu sprechen signifikant zunahm (S. 67, 70). -

CRENERIUS (1971) zeigte, dass sich chronisch Ulcusranke, je nach dem, ob ein rezidiertes Magenulcus oder ob in einem symptomfreien Intervall eine andere Erkrankung zur Hospitalisierung führte, verschieden verhielten: Während die Patienten mit einem floriden Ulcus ein oral-rezeptives, passiv sich anlehnendes, im Ganzen *r e g r e s s i v e s* Verhalten zeigten, beobachtete er bei Patienten während der stationären Behandlung einer nicht mit ihrem Ulcus zusammenhängenden Erkrankung eine aktive Einstellung, sie wehrten sich gegen die Bettruhe und zeigten keine hypochondrische Aufmerksamkeit ihrem Körper gegenüber. - Verstehbar werde das unterschiedliche Verhalten dadurch, dass vor Auftreten eines Ulcus die psychische Abwehr bereits geschwächt sei, was dann sekundär zur Manifestation der somatischen Störung geführt habe, während im Falle einer anderen Erkrankung die intrapsychischen Abwehrmechanismen funktionstüchtig zur Bewältigung der akut eingetretenen Notsituation zur Verfügung gestanden seien.

Auch bei A.FREUD u.a. (1972), die umfangreiche Untersuchungen mit Kindern im Krankenhaus durchführte, ist die psychische Disposition vorrangig vor der äusseren Realität: während sie zwar beschreibt, dass regressiv Verhaltensformen während der sensiblen Phase der Sozialisation bei Kindern etwas sehr allgemeines sind, zeigt sie dennoch auf, dass eine in ihrem Verhalten relativ homogene Gruppe, nämlich die Gruppe der besonders "tapferen Patienten", nach Beendigung der unmittelbaren Bedrohung durch schmerzhaft und ängstigende therapeutische Eingriffe eine auffällige, "quasi -pathologische" Form regressiven Verhaltens mit Symptomen wie Bettnässen, Ess- und Schlafstörungen, Lernhemmungen u.a. zeigte. - Dies wird von ihr dahingehend interpretiert, dass "diese Kinder es nicht wagten, sich den durch die Situation hervorgerufenen überwältigenden Gefühlen zu stellen und alle verfügbare Energie aufwandten, sich gegen Gefahr, Ängste und furchteinflössende Phantasien zu wehren. Diese Abwehr brach dann allerdings prompt zusammen, sobald die unmittelbare Gefahr beseitigt war, und der verleugnete emotionale Inhalt kehrte mit um so grösserer Heftigkeit zurück und bewirkte eine Hilflosigkeit des Patienten" (S. 15).

An diesen beiden Beispielen lässt sich deutlichmachen, dass im psychoanalytischen Modell äussere Realität immer als "gebrochene", als von der psychischen Konstellation abhängig erlebte, interpretiert wird. Die äussere Realität ist nicht "als solche" ein verhaltensbestimmender Faktor, sondern trifft auf eine je individuelle psychische Realität, durch die der Charakter des Umgangs z.B. mit Krankheit oder äusserer Bedrohung bestimmt wird.

Ein Drittel (32 %, Stat. 3) bis drei Viertel (75,3 %, Stat. 4) der Sätze innerhalb des Gesprächsstrangs Personal-Patient enthielten implizite Information (Tab. 4, S. 74), Kommunikationen über die Krankheit, die fast regelmässig in klinischem Jargon formuliert waren (S. 93 ff).

Die Anwesenheit des Patienten innerhalb der Visite als Subjekt, das sich sprachlich einbringen kann, wie als Objekt, das in Präsenz verhandelt wird, bedingt mit die asymmetrischen Strukturen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Strukturell analoge, legitimierte soziale Situationen gibt es nur wenige: so z.B. die nicht alltägliche, besondere Situation des Angeklagten vor Gericht. Ein Bestandteil alltäglicher und allgemeiner Erfahrung ist dieser Interaktionsmodus nur in der Phase der Kindheit; er endet mit der Adolszenz. Vom sozialen Arrangement her besteht hier eine sehr enge Übereinstimmung:

Erwachsene (Professionelle) verhandeln auf einer dem Kind (Patienten) grossenteils rational nicht zugänglichen Ebene und in einer nicht verständlichen Sprache in dessen Anwesenheit Themen, die zumindest teilweise seine vitale Sphäre betreffen, ohne dass dies von den Interaktanten im Kontext als "anstössig", im Sinne einer

Hiermit wird die Entwickeltheit des Ich, seine "Stärke", zu dem Faktor erhoben, der über die Entstehung, bzw. das Ausbleiben einer regressiven Bewegung entscheidet und erst in zweiter Linie das Mass an äusseren angstausslösenden Einflüssen, denen das Ich ausgesetzt ist. Äussere Realität rangiert zweitrangig hinter psychischer Realität. "Die äusseren gesellschaftlichen Versagungen (werden) akzidentell zugunsten der Eigen-gesetzlichkeit des intrapsychischen Raumes... Das Individuum wird nicht durch die gesellschaftlichen Versagungen beeinträchtigt, sondern versagt - innerlich vor der Realität" (DÖRNER).

illegitimen Bevormundung oder einer als schuldhaft erlebten Ausschliessung interpretiert wird. Hierin liegt ein Element der Beziehung, das nur über den bereits erwähnten "Vertrauensvorschuss" beim Patienten (S. 30), der auch in der primären Sozialisation von Bedeutung ist, und an dem sich der Arzt wiederum bewähren muss, in die Beziehung integriert und emotional verarbeitet werden kann.

Weitere Elemente der Kommunikation fördern ebenso eine Regression der Patienten:

Über das ganze Spektrum der Informationen hin zeigte sich, dass prognostische Themen kaum je zur Sprache kamen. Diese Beobachtung wurde bereits unter dem Aspekt der Fixierung auf das technisch-medizinische Krankheitsmodell des Arztes interpretiert. Sie enthält jedoch meiner Meinung nach eine weitere Komponente, die eher unter dem Gesichtspunkt der Regressivierung zu betrachten ist: Eine Ausblendung prognostischer Inhalte bedeutet ja, auf eine allgemeinere Ebene gehoben, dass dem Patienten vorenthalten wird, in der Visite Zukunft anzuvisieren, antizipatorisch-planend vorwegzunehmen und phantasierender Bewältigung auf sprachlicher Ebene zu eröffnen. Es geht also nicht allein um die Dimension praktischer Handhabung von Krankheit im Hier und Jetzt, sondern um jene Qualität des Beharrens im Konkret-Gegenwärtigen als ein retardierender Faktor innerhalb der Beziehung. Dieser Retardierung und temporären Stagnation entgegenzuwirken und damit regressive Tendenzen abzufangen, würde aber voraussetzen, zusammen mit dem Kranken (wobei in erster Linie an chronisch Kranke gedacht ist) Zukunftsperspektiven vorauszuwerfen und Phantasieaktivitäten in dieser Richtung in Gang zu setzen. Dies fand jedoch typischerweise nicht statt.

Schliesslich wurde auf qualitativer und kasuistischer Ebene sichtbar, dass und auf welche Weise krankheitszentrierte Inhalte vom Arzt (bzw. vom gesamten Visiten-team) zur Aushandlung der Beziehungsdefinition benutzt wurden (Abschn. 3.2.5. und 3.3., S. 83 - 111).

Auch einem Grossteil dieser dargestellten Szenen kann eine regressivierende Dynamik zugesprochen werden: indem über die Weitergabe von Krankheitsinformation auf der "Inhaltsebene" dem Patienten gleichzeitig auf der "Beziehungsebene" (WATZLAWICK) je nach situativer Konstellation signalisiert wurde, dass über die Dominanz in der Beziehung einseitig der Arzt verfügt (er sanktionierte Bedürfnisse, er traf Entscheidungen nach dem Patienten gegenüber häufig nicht legitimiertem Ermessen u.s.f.).

Es liegt besonders auch deshalb nahe, diese Interaktionen als regressivierende zu verstehen, weil die Mechanismen verdeckt blieben und nicht als mögliches Konfliktpotential innerhalb der Beziehung zwischen Arzt und Patient wahrgenommen und zur Sprache gebracht wurden.

4.5. Abschliessende Diskussion

Über die Begriffe "Einengung", "Passivierung", "Fixierung" und "Regressivierung" wurde versucht, phänomenologisch-deskriptive Kategorien bereitzustellen, anhand deren sich eine Annäherung an unsere Ausgangsfrage erzielen liesse, welche Relevanzen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus strukturieren, und wie sich Krankenhauspersonal und Patienten in der Interaktionssituation "Stationsvisite" zueinander in Beziehung setzen. - Die vier Perspektiven und ihre empirischen Äquivalente sind nur künstlich gegeneinander abgrenzbar, an den Übergängen fliessen sie ineinander und verschmelzen nahtlos.

Als Ganzes einer spezifischen Beziehungs"gestalt" begriffen, beleuchten sie jedoch eine typische und - wie mir scheint - grossenteils verdeckt wirksame Dynamik in der Interaktion zwischen Arzt und Patient im Krankenhaus.

Analog zu einem Paradigma, das von Autoren der psychiatrischen Familienforschung entwickelt wurde, wurden die Beziehungskräfte innerhalb singulärer Interaktionen in Form von Um-zu-Motiven formuliert, ein Vorgehen, das sowohl inhaltlich gerechtfertigt wie auch methodisch sinnvoll erschien.

Die relativ gute Kenntnis der sozial präformierten Strukturen im Bereich der Weitergabe von Krankheitsinformation auf der Basis medizinsoziologischen Wissens legte nahe, diesen Bereich besonders intensiv in Augenschein zu nehmen, nicht zuletzt auch deshalb, weil sich gezeigt hatte, dass Aushandlungsprozesse zwischen Arzt und Patient bevorzugt an Gesprächen über krankheitsbezogene Themen festgemacht sind.

Es bleibt zum Schluss die Frage offen, wieweit Konzepte, die zur Analyse von Beziehungen, die ganz offensichtlich durch Pathologien der Wechselseitigkeit gekennzeichnet sind, entwickelt wurden, auf Beziehungen, die dem Verdikt der Gestörtheit nicht unterliegen, legitimerweise übertragbar sind.

Das Mass, an dem die Arzt-Patient-Beziehung implizit gemessen wurde, war jene Beziehung "positiver Gegenseitigkeit" (STIERLIN, 1971), die sich durch "Bewegung", "dialogischen Charakter" und "Raum für Gegensätze und Konflikte" auszeichnet.

Eine Entfaltung einer solchen symmetrisch-dialektischen Beziehung zwischen Arzt und Patient ist jedoch im Krankenhaus (und auch ausserhalb) durch vielfältige und unterschiedliche Einflüsse blockiert: durch den Faktor mangelnder Zeit, durch das Aufeinandertreffen Angehöriger verschiedener Schichtzugehörigkeit unter einer definierten Zielsetzung, durch das Ineinandergreifen von spontanen Kommunikationsbedürfnissen und vorgeschriebenen Leistungszielen; und nicht zuletzt dadurch, dass Arzt (und Schwester) "gesund" sind, der Patient akut krank und hilfsbedürftig ist.

Wenn man jedoch das Unbehagen, das die Arzt-Patient-Beziehung umgibt, ernt nimmt, wenn man an Vorstellungen und Erwartungen an eine "Begegnung" zwischen Arzt und Kranken als emanzipatorisch-reflexivem und nicht als ideologischem Anspruch festhält, dann muss auch die Arbeitshypothese erlaubt sein, dass das Unbehagen an und in der Beziehung Ausdruck jener Strukturen ist, die am allgemeinsten als immanenter Konflikt zwischen Angewiesenheit auf der einen und Macht auf der anderen Seite beschrieben werden können.

PARSONS (1958) beschrieb die Krankenrolle über institutionalisierte Erwartungen: über die Befreiung von den normalen Rollenverpflichtungen; über die institutionelle Vorstellung, "dass man vom kranken Menschen nicht erwarten kann, er solle gesund werden, indem er 'sich zusammennimmt', durch einen freien Willensakt also"; über die "Bestimmung des Krankseins als unerwünscht, mit der entsprechenden Verpflichtung zu dem Willen, 'gesund zu werden'"; über die Verpflichtung, kompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen und bei der Behandlung mit dem Arzt zu kooperieren.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind auch verstehbar als eine Verlängerung und Konkretisierung dieser Erwartungen an den Patienten auf der sprachlichen Verhaltensebene in der direkten Kommunikation.

Ist der Patient derart "eingestimmt" wie von PARSONS beschrieben, dann erscheint auch sein Verhalten, das sich in einem weitgehenden - fast vollständigen - Akzeptieren seines Status konkretisierte, als soziales Verhalten in sich schlüssig.

Es ist evident, dass die Distanz vom spontanen Geschehen in der Forschungs- und Beobachtungssituation während der Phase der Bearbeitung der Materialien retrospektiv nicht gestattet, einen Standpunkt dahingehend einzunehmen, wie sinnvoll oder sogar therapeutisch notwendig im Einzelfall Interaktionen waren, die dem Patienten nahelegten, sich zeitweise an medizinischen Normen anzupassen, Relevanzen des Arztes fraglos zu übernehmen oder auf regressive Angebote einzugehen. Fragwürdig erscheinen diese Strukturen nur solange und insoweit, als sie - auf beiden Seiten unerkannt und unbefragt - in der Beziehung zwischen Arzt und Patient zur Wirkung gelangen.

5. Zusammenfassung

Chirurgische und internistische Stationsvisiten wurden im Rahmen einer empirischen medizin-soziologischen Studie auf Allgemeinstationen dreier mittelgrosser öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser mit Kleintonbandgeräten aufgezeichnet. 112 Personal-Patient-Kontakte (pro Patient ein Kontakt) wurden auf der Basis von Transkripten nach formalen und inhaltlichen Kriterien analysiert, wobei die Weitergabe von Krankheitsinformation durch den Arzt an den Patienten im Zentrum der Aufmerksamkeit stand.

Ein zweifaches Interesse bestimmte das Vorgehen bei der Auswertung:

- 1) aus soziologischer Perspektive die empirische Vielfalt mittels eines dem Gegenstand angemessenen kategorialen Systems zu reduzieren und damit das Ausmass der Institutionalisierung i.S. wiederkehrender Regelmässigkeiten innerhalb der Visitsituation aufzuzeigen (auf der formalen Ebene: Sprechaktivitäten, wechselseitige Bezogenheit der Sprecher u.a.; auf der inhaltlichen Ebene: Charakterisierung der vom Arzt thematisierten Krankheitsinformation nach inhaltlichen (10 Themen) und kontextbezogenen (initiativ, reaktiv, implizit) Kategorien).
- 2) über eine phänomenologische Begrifflichkeit (Einengung, Passivierung, Fixierung, Regressivierung) in Anlehnung an Konzepte der psychiatrischen Familienforschung einen interpretativen Sinnzusammenhang zwischen organisatorischen Merkmalen der Visite, strukturellen Bedingungen der Interaktion und sprachlichen Verhaltensbeobachtungen herzustellen.-

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- BALINT, E.: Die "Flash"-Technik - Voraussetzungen und Möglichkeiten.
In: BALINT, E., J.S. NORELL (Hrsg):
Fünf Minuten pro Patient.
Eine Studie über die Interaktionen in
der Allgemeinpraxis.
Frankfurt (Suhrkamp) 1975, S. 58 - 66
- BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.
Stuttgart (Klett) 3. Aufl. 1965
- BEGEMANN-DEPPE, M.: Kapitel V: Ergebnisse: Kommunikations-
soziologischer Teil.
In: SIEGRIST, J., M. BEGEMANN-DEPPE,
H.H. RASPE:
Arbeit und Interaktion im Krankenhaus.
Unveröffentlichtes Manuskript,
Marburg 1974, S. 214 - 265
- BEGEMANN-DEPPE, M.: Im Krankenhaus sterben. Das Problem der
Wissenskonstitution in einer besonderen
Situation.
In: H. BEGEMANN (Hrsg.): Patient und
Krankenhaus
München, Berlin, Wien (U & S) 1976,
S. 71 - 89
- BENEDETTI, G.: Der Stand des Schizophrenieproblems in der
heutigen psychodynamischen Forschung.
In: Ausgewählte Aufsätze zur
Schizophrenielehre.
Göttingen (Vandenhoeck und Rupprecht) 1975
- BERGMAN, A.B.,
S.W. DASSEL,
R.J. WEGWOOD: Time-motion study of practicing
pediatricians.
Pediatrics 38, (1966) 254 - 263

- BRENNER, G.: Aufklärungspflicht des Arztes.
Med. Welt 24, (1973) 1456 - 1461
- CARTWRIGHT, A.: Human Relation and Hospital Care.
London, Boston (Routledge & Kegan Paul) 1964
- CARTWRIGHT, A.,
L. HOCKEY,
J.L. ANDERSON: Life before Death.
London, Boston (Routledge & Kegan Paul) 1973
- COSER, R. L.: A home away from home.
Social Problems 4, (1956) 3 - 17
- CREMERIUS, J.: Zur Dynamik des Krankenhausaufenthaltes von Ulcuskranken.
Ztschr. Psychosom. Med. und Psychoanalyse: 17, (1911) 282 - 293
- CREMERIUS, J.: Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik.
In: Jahrbuch der Psychoanalyse 6
Bern, Stuttgart, Wien (Huber) 1969,
S. 94 - 103
- DAVIS, F.: Uncertainty in medical prognosis:
clinical and functional.
Amer. J. Sociology 66, (1960) 41-48
- DAVIS, F.: Passage through crisis
Indianapolis (Bobbs Merrill) 1963
- DEMLING, L.,
H. FLÜGEL: Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes.
DMW 100, (1975) 1587 - 1589
- DÖRNER, K.: Gesellschaftliche Perspektiven der Regression.
Prax. Psychothe. 15, (1970) 255-260
- ENGELHARDT, K.H.: Kranke im Krankenhaus.
Stuttgart (Enke) 1973

- FERBER, L. v.: Die Verständigung zwischen Arzt und Patient. Eine sprachsoziologische Untersuchung. Der Praktische Arzt 9, (1971)
- FERBER, L. v.: Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patient-Verhältnisses. Vortragsmanuskript (Deutscher Soziologentag 1974)
- FISCHER, F.: Irrenhäuser. Kranke klagen an. München, Wien, Basel (Desch) 1969
- FRANCIS, V.,
B.M. KORSCH,
M.J. MORRIS: Gaps in Doctor-Patient-Communication. The New England J. of Medicine 280, (1969) 535 - 540
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Imago, London 1958
- FREUD, A.,
Th. BERGMANN: Kinder im Krankenhaus. In: Kranke Kinder. Frankfurt (S. Fischer, Conditio Humana) 1972
- FREUD, S.: Die Traumdeutung. (1900) In: Gesammelte Werke, Bd.II/III, Frankfurt, London 1952
- FREUD, S.: Das Interesse an der Psychoanalyse. (1913) In: Gesammelte Werke, Bd. V. Frankfurt, London 1952
- FREUD, S.: Zeitgemässes über Krieg und Tod. (1915) In: Gesammelte Werke, Bd. X, Frankfurt, London 1952

- GLASER, B.,
A. STRAUSS: Interaktion mit Sterbenden.
Göttingen (Vanderhoeck und
Rupprecht) 1974
- GOFFMAN, E.: Techniken der Imagepflege.
In: Interaktionsrituale. Über
Verhalten in direkter Kommunikation.
Frankfurt (Suhrkamp) 1971
- GOFFMAN, E.: Asyle.
Frankfurt (Suhrkamp) 1972
- HEROLD-WEISS, U.: Wenn dir ein Ziegel auf den Kopf
fällt ... Tatsachenbericht aus dem
inneren Erleben und dem Alltag
unterer "Geisteskranken" und Wege
zur Hilfe für diese Menschengruppe.
In: A. FINZEN (Hrsg.): Hospitali-
sierungsschäden in psychiatrischen
Krankenhäusern.
München (Piper) 1974, S. 114 - 177
- Mc.INTOSH, J.: Processes of Communication, Information
Seeking and Control associated with
Cancer: A selective Review of the
Literature.
Soc. Sci. & Med. 8, (1974) 167 - 187

- JAPPE, G.: Über Wort und Sprache in der Psychoanalyse.
Frankfurt (S. Fischer, *Conditio humana*) 1971
- JASPERS, K.: Schicksal und Wille. Autobiographische Schriften. Hrsg. von H. SANER.
München (Piper) 1967
- JOYCE, C.R.B.,
G. CAPLE,
M. MASON: Quantitative study of doctor-patient communication.
Quart. J. Med. 38, (1969) 183 - 194
- KÄCHELE, H.,
H.C. SCHAUMBURG,
H. THOMÄ: Verbatimprotokolle als Mittel in der Psychotherapieforschung.
Psyche 27, (1973) 902 - 927
- KAUFMANN, L.,
C. MÜLLER: Über Familienforschung und Therapie bei Schizophrenen.
Nervenarzt 40, (1969) 302 - 308
- KAUFMANN, L.: Familie, Kommunikation, Psychose.
Bern, Stuttgart, Wien (Huber) 1972
- KELLY, W.D.,
S.R. FRIESEN: Do Cancer-Patients want to be told?
Surgery 27, (1950) 822 - 826
- KISKER, K.P.: Schizophrenie und Familie.
Nervenarzt 33, (1962) 13 - 21
- KITZMANN, A.,
H. KÄCHELE,
H. THOMÄ: Sprachformale Interaktionsprozesse in psychoanalytischen Erstinterviews.
Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 20, (1974) 25 - 36
- KÖHLE, K.,
C. SIMONS,
B. SCHOLICH,
M. DIETRICH,
A. DURNER: Das ärztliche Gespräch mit dem Malignomkranken.
Therapiewoche 23, (1973) 2498

- KREPPNER, K.: Zur Problematik des Messens in den Sozialwissenschaften. Stuttgart (Klett) 1975
- KRIS, E.: The Psychology of Caricature. Int. J. Psychoanal., 1936
- KÜBLER-ROSS, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart (Kreuz-Verlag) 1969
- LAING, R.D.: Mystifizierung, Konfusion und Konflikt. In: Schizophrenie und Familie. Frankfurt (Suhrkamp) 1969
- LEDERER, H.D.: How the sick view their world. In: E.G. JACO (Ed.), Patients, Physicians and Illness. New York (The Free Press) 1958. S. 247 - 256
- LEY, P.,
M.S. SPELMAN: Communication in an out-patient setting. Brit. J. soc. clin. Psychol. 4, (1965) 114 - 116
- LOCH, W.: Begriff und Funktion der Angst in der Psychoanalyse. In: Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse Frankfurt (Fischer, Conditio Humana) 1972
- LOCH, W.: Regression. Psyche 17, (1963/64) 516 - 545
- LOVELAND, N.T.,
L.C. WYNNE,
N.T. SINGER: The family Roschach. A new method for studying family interaction. Family Process 2, (1963) 187 - 215
- LOVELAND, N.T.: The realation Rorschach: a technique for studying interaction. J. Nerv. Ment. Dis. 145, (1967)

- MEERWEIN, F.: Die Grundlagen des ärztlichen Gesprächs.
Bern (Huber) 1969
- MISHLER, E.G.,
N.E. WAXLER: Family interaction and schizophrenia.
Arch. Gen. Psychiat. 15, (1966)
64 - 74
- MITSCHERLICH, A.: F. MIELKE (Hrsg.): Medizin ohne
Menschlichkeit. Dokumente der
Nürnberger Ärzteprozesse.
Frankfurt (Fischer Taschenbuch) 1962
- MÖHRING, P.,
A. KRÄMER: Die Aufklärungspflicht des Arztes.
Internist 15, (1974) 541 - 545
- MORRIS, G.O.,
L.C. WYNNE: Schizophrenic offsprings and
parental style of communication: a
predictive study using excerpts of
family therapy recording.
Psychiatry 28, (1965) 19 - 44
- PALMER, Staff-Patient Communication in a
chest-hospital.
Brit. J. prev. soc. Med. 20, (1966)
195 - 201
- PAPPER, S.: The undesirable Patient.
J. chron. Dis. 22, (1970) 777 - 779
- PARRISH, H.M.,
F.M. BISHOP,
A.S. BARKER: Time study of general practitioners'
office hours.
Arch. environm. Hlth. 14, (1967)
892 - 898
- PARSONS, T.: Struktur und Funktion der modernen
Medizin, eine soziologische Analyse.
Kölner Ztschr. für Soziologie und
Sozialpsychologie, Sonderheft 3,
Probleme der Medizin und Soziologie,
1958

- PLÜGGE, H.: Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie.
Tübingen (Max Niemeyer) 1962
- PLÜGGE, H.: Der sprachliche Ausdruck für unser Befinden. - Über die Anamnese.
In: Der Mensch und sein Leib.
Tübingen (Max Niemeyer) 1967
- PRATT, L.: How do patients learn about disease?
Soc. Problems 4, (1956) 29 - 40
- PRATT, L.,
A. SELIGMANN,
G. READER: Physician's views on the level of
medical information among patients.
Amer. J. publ.-Health 47, (1957)
1277 - 1283
- RAPAPORT, D.: Die Struktur der psychoanalytischen
Theorie.
2. Aufl. Stuttgart (Klett) 1970
- RASPE, H.H.: Kapitel IV: Ergebnisse: Patienten-
soziologischer Teil.
In: SIEGRIST, J., M. BEGEMANN-DEPPE?
H.H. RASPE: Arbeit und Interaktion
im Krankenhaus.
Unveröffentlichtes Manuskript,
Marburg 1974, S. 136 - 213

- RASPE, H.H.: Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten. In: H. BEGEMANN (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. München, Berlin, Wien (U & S) 1976, S. 49 - 70
- READER, G.,
L. PRATT,
M.C. MUDD: What Patients expect from their doctors. Med. Hospital 89, (1957) 88 - 94
- ROTH, J.A.: Timetables. Indianapolis (Bobbs Merrill) 1963
- ROTH, J.A.: Information and the control of treatment in tuberculosis hospitals. In: E. FREIDSON (Hrsg.): The hospital in modern society Glencoe (Free Press) 1963
- SAMORA, J.,
L. SAUNDERS,
R.F. LARSON: Knowledge about specific diseases in four selected samples. J. Health soc. Behav. 3, (1962) 176 - 185
- SCHÜTZ, A.: Das Wählen zwischen Handlungsentwürfen. In: Gesammelte Aufsätze, Bd. I: Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag (Nijhoff) 1971
- SCHÜTZ, A.: Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Frankfurt (Suhrkamp) 1974
- SCHÜTZ, A.,
T. LUCKMANN: Strukturen der Lebenswelt. Neuwied (Luchterhand) 1975
- SEARLES, H.F.: Das Bestreben den anderen verrückt zu machen - ein Element in der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenie. In: Schizophrenie und Familie. Frankfurt (Suhrkamp) 1969

- SELIGMANN, A.W.,
N.E. Mc.GRATH,
L. PRATT: Level of medical information among
clinic patients.
J.chron. Dis. 6, (1957) 497 - 509
- SIEGRIST, J.: Erfahrungsstruktur und Konflikt bei
stationären Patienten.
Ztschr. f. Soziologie 1, (1972)
271 - 280
- SIEGRIST, J.: Patient und Krankenhaus.
In: Lehrbuch der medizinischen
Soziologie.
München, Berlin, Wien (U & S),
2. Aufl. 1975
- SIEGRIST, J.: Visiten bei Schwerkranken. Ansätze zu
einer Theorie asymmetrischer Verbal-
handlungen.
In: J. SIEGRIST, U. KNEER:
Zur Soziologie klinischer Arbeit.
Manuskript 1976
- SINGER, M.T.,
L.C. EYNNE: Principles of scoring defects and
deviances in parents of schizophrenics:
Rorschach and TAT scoring.
Psychiatry 29, (1966) 260 - 288
- SKIPPER, J. K.: Communication and the hospitalized
patient.
In: SKIPPER, J.K., R.C. LEONARD (Ed.):
Social Interaction and Patient Care
Philadelphia (Lippincott) 1965,
S. 61 - 82
- SPELMAN, M.S.: How do we improve doctor-patient-
communication in our hospitals.
Worlds Hospitals 2, (1966) 126
- STIERLIN, H.: Das Tun des Einen ist das Tun des
Anderen. Versuch einer Dynamik mensch-
licher Beziehungen.
Frankfurt (Suhrkamp) 1971

- SUDNOW, D.: Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung.
Frankfurt (S. Fischer) 1973
- UEXKÜLL, Th. v.: Das Verhältnis der Heilkunde zum Sterben. Einleitung zu:
D. SUDNOW: Organisiertes Sterben, a.a.O.
- WAITZKIN, H.,
J.D. STOECKLE: The Communication of Information about Illness.
Adv. psychosom. Med. 8, (1972)
180 - 215
- WAITZKIN, H.,
J.D.-STOECKLE: Information control and the Micropolitics of Health Care: Summary of an ongoing Research Project.
Soc.Sci. & Med. 10, (1976) 263 - 276
- WATZLAWICK, P.,
J.H. BEAVIN,
D.D. JACKSON: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien.
Bern, Stuttgart, Wien (Huber) 1969
- WENDER, H.P.: Communicative Unclarity: Some Comments on the Rhetoric of Confusion.
Psychiatry 30, (1967) 332 - 339
- WEIZSÄCKER, V. v.: Klinische Vorstellungen.
Stuttgart (Hippokrates-Verlag),
2. Aufl., 1943
- WEIZSÄCKER, V. v.: Über das Wesen des Arztiums.
In: Diesseits und Jenseits der Medizin. Arzt und Kranker/ Neue Folge.
Stuttgart (K.F. KOEHLER), 2. Aufl. 1950,
S. 192 - 201
- WEIZSÄCKER, V. v.: Fälle und Probleme. Anthropologische Vorlesungen in der medizinischen Klinik.
Stuttgart Enke) 1951

- WYNNE, L.C.,
M.T. SINGER: Denkstörung und Familienbeziehung
bei Schizophrenen.
Psyche 19, (1965) 82 - 160
- WYNNE, L.C.,
J. DAY,
J.M. RYCKOFF: Die Verteidigung stereotyper Rollen
in der Familie von Schizophrenen.
In: Schizophrenie und Familie
Frankfurt (Suhrkamp) 1969
- WYNNE, L.C.,
J.M. RYCHOFF,
J.D. STANLEY,
J. HIRSCH: Pseudogemeinschaft in den Familien-
beziehungen von Schizophrenen.
In: Schizophrenie und Familie.
Frankfurt (Suhrkamp) 1969

L e b e n s l a u f

27. März 1946	Geboren in Baden-Baden als Tochter von Dr. Alfred Deppe und Todora Deppe, geb. Tenewa. Verheiratet mit dem Arzt Dr. Michael Begemann. Ein Sohn, Philipp.
1953 - 1956	Besuch der Volksschule in Baden-Baden.
1956 - 1965	Besuch des humanistischen Gymnasiums "Hohenbaden" in Baden-Baden.
1965	Abitur.
SS 1965 - SS 1970	Studium der Medizin in Freiburg i.Br..
SS 1968	Studiensemester in Genf.
November 1970	Medizinisches Staatsexamen.
Dezember 1970	Promotion am Institut für gerichtliche Medizin in Freiburg (Prof. Dr. W. Spann) über das Thema: "Der plötzliche Tod im ersten und zweiten Lebensjahr".
Dezember 1970-April 1971	Chirurgische Medizinalassistentenzeit an der Chirurgischen Poliklinik der Universität München.
März, April 1972	Internistische Medizinalassistentenzeit am St. Josephskrankenhaus in Freiburg.
Juli - Oktober 1971 und Juli - Oktober 1972	Internistische Medizinalassistentenzeit in der Psychosomatischen Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, Umkirch.
Januar 1973	Approbation als Arzt.
SS 1971 - SS 1976	Studium der Soziologie in Freiburg.
April 1974 - Dezember 1975	Wiss. Mitarbeiterin am Projekt En 17/8 der Deutschen Forschungsgemeinschaft "Medizinsoziologische Strukturforschung im Krankenhausbereich", Projektleitung: Prof. Dr. H. Enke/Ulm, Teilprojektleitung: Dr. J. Siegrist/ Freiburg, Marburg.

Januar 1975 - Oktober 1976

Wiss. Mitarbeiterin am Projekt E 5
des Sonderforschungsbereichs 122 der
Deutschen Forschungsgemeinschaft
"Psychosoziale Phänomene bei der
Adaptation stationärer Patienten an
das Krankenhausmilieu", Marburg,
Projektleitung: Prof. Dr. J. Siegrist.

November 1976 - Januar 1978

Assistenzärztin im Psychiatrischen
Krankenhaus Marburg/L.

Februar 1978

Wiss. Assistentin an der
Universität Marburg/L.

